

## ใบสมัครโครงการ "Market Let's do ฟันฟูโรงเรียน"

ชื่อสถานศึกษา.....  
สังกัด.....  
ที่ตั้ง.....  
เบอร์โทรศัพท์..... Fax..... E-mail.....

### ข้อมูลเกี่ยวกับโรงเรียน

ชื่อผู้อำนวยการ.....  
ระดับที่เปิดสอน.....  
จำนวนนักเรียน อนุบาล.....คน ประถมศึกษา.....คน มัธยมศึกษา.....คน  
จำนวนครูและบุคลากร.....  
โรงเรียนขนาดพื้นที่..... จำนวนอาคารเรียน.....  
ประวัติโรงเรียน โดยย่อ.....

### ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการฟันฟูโรงเรียน

ชื่อโครงการ.....  
หลักการและเหตุผล (ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่โรงเรียนได้รับผลกระทบ  
.....  
.....  
.....

### วัตถุประสงค์ของ

โครงการ.....  
.....  
.....

### วิธีดำเนินการ

.....  
.....  
.....

.....  
.....  
ระยะเวลาดำเนินการ.....  
สถานที่ดำเนินการ.....  
งบประมาณ.....  
ผลที่คาดว่าจะได้รับ.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
ชื่อผู้ประสานงาน..... ตำแหน่งในโรงเรียน (ถ้ามี).....  
ชื่อสื่อคอน(ถ้ามี)..... เบอร์โทรศัพท์.....  
E-mail..... ที่อยู่.....  
.....

**เงื่อนไขในการพิจารณาเข้าร่วมโครงการ**

1. ผู้ส่งโครงการจะต้องแนบภาพถ่ายโรงเรียนในจุดที่ต้องการฟื้นฟู เพื่อให้คณะกรรมการประกอบการพิจารณา และสามารถส่งรายละเอียดอื่น ๆ ของโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาเข้ามาเพิ่มเติมได้
2. ผู้ส่งโครงการจะต้องแนบหนังสือรับรองจากผู้อำนวยการโรงเรียน
3. โครงการที่ส่งมาจะต้องไม่เคยได้รับการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น
4. หากโครงการได้รับการอนุมัติ ผู้ประสานงานจะต้องรายงานความคืบหน้าเป็นระยะจนจบโครงการ

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม- ติดต่อคุณบิณฑ์ โทร.02 357 1934