



ที่ ศธ ๐๗๐๔๕.๐๖/๑๐๒๗

ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอบ่อไร่
หมู่ที่ ๓ ตำบลบ่อพลอย อำเภอบ่อไร่
จังหวัดตราด ๒๓๑๔๐

๒๖ ธันวาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข ปีการศึกษา ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด

อ้างถึง หนังสือสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด ที่ ศธ ๐๗๐๔๕/ว๑๙+๐๔
ลงวันที่ ๔ ธันวาคม ๒๕๖๗

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้ารับการประเมิน โครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุข
ปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. สำเนาเกียรติบัตร จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด ขอให้สถานศึกษา
ดำเนินการ สมัครเข้ารับการประเมิน โครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขฯ “ระดับทอง”
โดยส่งใบสมัครให้สำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดตราด ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๖๗
รายละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ ศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอบ่อไร่ ได้ดำเนินการกรอกใบสมัครเข้ารับการ
ประเมิน โครงการสถานศึกษาสีขาวปลอดยาเสพติดและอบายมุขฯ “ระดับทอง” ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖
ดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว รายละเอียดตามสิ่งที่แนบมาพร้อมหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นางบรรณสรณ์ เรืองศิลป์)

ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอบ่อไร่

งานส่งเสริมภาคีเครือข่ายและกิจกรรมพิเศษ

โทรศัพท์ ๐๓๙ ๕๙๑๕๕๐

“เรียนดี มีความสุข”



ใบสมัครเข้ารับการประเมิน
โครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดภัยดีและอบายมุข
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

สังกัด ☐ สพฐ. ☐ สช. ☐ สอศ. ☒ กศน.
☐ ระดับเงิน ☒ ระดับทอง ☐ ระดับเพชร
☐ รักษามาตรฐานระดับเพชรปีที่ ๑ ☐ รักษามาตรฐานระดับเพชรปีที่ ๒ ☐ รักษามาตรฐานระดับเพชรปีที่ ๓

คำชี้แจง ให้ผู้เสนอผลงานกรอกข้อมูล ดังนี้

๑. ชื่อสถานศึกษา... ศูนย์ส่งเสริมครอบครัวรักกันดีใจดีใจ... สังกัด... สำนักงานส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
สถานที่ตั้ง... ถนน... ตำบล/แขวง... บ่อหลวง
อำเภอ/เขต... บ่อหลวง... จังหวัด... ศรีสะเกษ... โทรศัพท์...
โทรศัพท์ (มือถือ)... โทรศัพท์... E-mail : ...

๒. ชื่อ - นามสกุล (ผู้บริหารสถานศึกษา)... นางมณฑิรา ศรีสงัด
ระยะเวลาของปีการศึกษาที่ดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดภัยดีและอบายมุข
ตั้งแต่วันที่... เดือน... พ.ศ. ... ถึงวันที่... เดือน... พ.ศ. ...
รวมระยะเวลา... ปี... เดือน...
โทรศัพท์... โทรศัพท์ (มือถือ) 091-1565194... โทรศัพท์...
E-mail : ...

๓. ชื่อ - นามสกุล (ครูผู้รับผิดชอบ)... นางสาว กนก วัฒนศิริ
ระยะเวลาของปีการศึกษาที่ดำเนินงานโครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดภัยดีและอบายมุข
ตั้งแต่วันที่... เดือน... พ.ศ. ... ถึงวันที่... เดือน... พ.ศ. ...
รวมระยะเวลา... ปี... เดือน...
โทรศัพท์... โทรศัพท์ (มือถือ) 086-1982625... โทรศัพท์...
E-mail : ...

๔. สถานศึกษาได้รับรางวัลเชิดชูเกียรติเสมอมา ป.ป.ส. ของปีการศึกษา
(กรุณาแนบสำเนาเกียรติบัตรทุกระดับที่ได้รับ หากไม่มีหลักฐานยืนยันให้ถือว่าเริ่มประเมินระดับเงินใหม่)

☒ ปีการศึกษา ๒๕๖๖ ประเภทผลงานดีเด่น ระดับ... เงิน...
☐ ปีการศึกษา ... ประเภทผลงานดีเด่น ระดับ...
☐ ปีการศึกษา ... ประเภทผลงานดีเด่น ระดับ...
☐ ปีการศึกษา ... ประเภทผลงานดีเด่น ระดับ...
☐ ปีการศึกษา ... ประเภทผลงานดีเด่น ระดับ...

ขอรับรองว่าข้อมูลทั้งหมดเป็นความจริง

(ลงชื่อ)... นางมณฑิรา ศรีสงัด... ผู้สมัคร
ตำแหน่ง... ผู้อำนวยการศูนย์ส่งเสริมการวิจัยและพัฒนา
ผู้อำนวยการสถานศึกษา
วันที่... 26... เดือน... สิงหาคม... พ.ศ. ๒๕๖๖



กระทรวงศึกษาธิการ

ขอมอบเกียรติบัตรเชิดชูเกียรตินี้ไว้เพื่อแสดงว่า

คุณย้งเสริมการเรียนรู้ระดับอำเภอบ่อไร่

ได้รับรางวัลเสมา ป.ป.ส. ประเภทผลงานดีเด่น ระดับเงิน
โครงการสถานศึกษาสีขาว ปลอดภัยจากยาเสพติดและอบายมุข
ปีการศึกษา ๒๕๖๖

ขอให้รักษาความดีนี้ไว้ เพื่อเป็นพลังสร้างสังคมไทย
ให้ปลอดภัยจากยาเสพติดสืบไป

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พุทธศักราช ๒๕๖๗

(นางสาวณัฏฐิภา ทอญ่ม)
รองศึกษาธิการจังหวัด รักษาการในตำแหน่ง
ศึกษาธิการจังหวัดตราด