แบบแสดงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับรางวัลที่ได้รับ

เพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกโครงการหมอฟันคนดี ประจำปีการศึกษา 2562

(กรุณาเขียนด้วยตัวหนังสือ ตัวบรรจง ไม่เกิน 2 หน้ากระดาษ A4)

ชื่อ-สกุลของผู้สมัคร.....

1. ชื่อรางวัล/ใบประกาศนียบัตร.....

2. หน่วยงานที่ให้รางวัล/ใบประกาศนียบัตร.....

ระดับ ☐ จังหวัด ☐ ภาค ☐ ประเทศ ☐ ต่างประเทศ

3. ชื่อบุคคล/หรือหน่วยงานที่ให้รางวัลและการติดต่อ (ที่สามารถติดต่อได้โดยสะดวก)

ชื่อหน่วยงาน.....

บุคคลที่รับผิดชอบเกี่ยวกับรางวัลนี้.....

ตำแหน่ง.....เบอร์โทรศัพท์.....

4. ขั้นตอนการพิจารณารางวัลดังกล่าว (เช่น เกณฑ์การคัดเลือก, การคัดเลือกในระดับต่างๆ จนถึงได้รับรางวัลนี้)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ชื่อ-สกุลของผู้สมัคร.....

5. เหตุผลในการเลือกรางวัล/ประกาศนียบัตรเข้าประกอบการพิจารณาคัดเลือกโครงการหมอฟันคนดี (ระบุรายละเอียดเกี่ยวกับรางวัลที่ได้รับ เช่น ความสำคัญ คุณค่า คุณความดี คุณธรรมจริยธรรมที่เกี่ยวข้อง ที่ทำให้ท่านได้รับรางวัลหรือการยกย่องจากรางวัลนี้)

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

ชื่อ-สกุลของผู้สมัคร.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงลายมือชื่อ.....

ตัวบรรจง (.....)

นักเรียนผู้สมัคร

วันที่.....**เดือน**.....**พ.ศ**.....