



## ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ ออย.น้อย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ชื่อโรงเรียน.....

- ประเภทโรงเรียน  โรงเรียนของรัฐ  โรงเรียนเอกชน
- ระดับ  โรงเรียนประถมศึกษา  โรงเรียนประถมศึกษาขยายโอกาส
- โรงเรียนมัธยมศึกษา
- ขนาดโรงเรียน  ขนาดเล็ก  ขนาดกลาง
- ตามเกณฑ์ สพฐ.  ขนาดใหญ่  ขนาดใหญ่พิเศษ

จำนวนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน .....

จำนวนนักเรียนแกนนำ ออย.น้อย..... จำนวนนักเรียนสมาชิก ออย.น้อย.....

- ช่วงชั้น  อนุบาล
- ช่วงชั้นที่ 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3  ช่วงชั้นที่ 2 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
- ช่วงชั้นที่ 3 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3  ช่วงชั้นที่ 4 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4-6

- สังกัด  สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา เขต..... จังหวัด.....
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต.....
- สำนักงานการศึกษา กรุงเทพมหานคร สำนักงานเขต.....
- สำนักคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน
- กรมการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  อื่นๆ .....

### สถานที่ตั้ง

ที่อยู่โรงเรียน..... หมู่ที่..... ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ .....

จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์โรงเรียน..... เบอร์โทรสารโรงเรียน.....

อีเมลโรงเรียน ..... เว็บไซต์โรงเรียน.....

### ข้อมูลครูผู้รับผิดชอบโครงการ ออย.น้อย

1. ชื่อ-สกุล.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ.....

2. ชื่อ-สกุล.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ.....

3. ชื่อ-สกุล.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ.....

หมายเหตุ : สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่โรงเรียนจัดตั้งอยู่

