



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ อย. น้อย

สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ชื่อ

โรงเรียน.....

ประเภทโรงเรียน

☐ โรงเรียนของรัฐ ☐ โรงเรียนเอกชน

ระดับ

☐ โรงเรียนประถมศึกษา ☐ โรงเรียนประถม

ขยายโอกาส

☐ โรงเรียนมัธยมศึกษา

จำนวนนักเรียนทั้งหมดในโรงเรียน

จำนวนนักเรียนแกนนำ อย.น้อย..... จำนวน

นักเรียนสมาชิก อย.น้อย.....

ช่วงชั้น ☐ อนุบาล

☐ ช่วงชั้นที่ 1 ชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-3 ☐ ช่วงชั้นที่ 2 ชั้น
ประถมศึกษาปีที่ 4-6

☐ ช่วงชั้นที่ 3 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ☐ ช่วงชั้นที่ 4 ชั้น
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6

สังกัด

☐ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน

☐ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษา

เขต..... จังหวัด.....

☐ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา

เขต.....

☐ สำนักการศึกษา กรุงเทพมหานคร สำนักงาน

เขต.....

☐ สำนักคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน

☐ กรมการส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ☐ อื่นๆ

.....

สถานที่ตั้ง

ที่อยู่โรงเรียน..... หมู่ที่.....

ซอย..... ถนน.....

แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ

.....

จังหวัด รหัส

ไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์โรงเรียน..... เบอร์

โทรสารโรงเรียน.....

อีเมลโรงเรียน

เว็บไซต์โรงเรียน.....

ข้อมูลครูผู้รับผิดชอบโครงการ อย.น้อย

1. ชื่อ-สกุล

.....

.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ

ถือ.....

2. ชื่อ-สกุล

.....

.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ

ถือ.....

3. ชื่อ-สกุล

.....

.....

อีเมล..... โทรศัพท์มือถือ

ถือ.....

**หมายเหตุ : สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดจากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด ที่โรงเรียนจัดตั้งอยู่**

