



โครงการอบรมเสริมศักยภาพนักเรียนนักศึกษาในการเป็นผู้ประกอบการ
(โครงการอาชีวะสร้างสรรค์ แปรฝันสู่ธุรกิจ)

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ	สำหรับคณะกรรมการ
โปรดกรอกข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาคัดเลือกทีมผู้มีสิทธิเข้าร่วมโครงการ ชื่อสถานศึกษา.....จังหวัด..... ชื่อทีม..... ชื่อ - สกุล อาจารย์ที่ปรึกษา..... วุฒิการศึกษาสูงสุด.....สาขา..... ตำแหน่ง.....ประจำ แผนก / คณะ..... วิชาที่สอนประจำ..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจ และการอบรมที่สำคัญ..... ข้อมูลสมาชิกในทีม 1.หัวหน้าทีม ชื่อ - สกุลชั้นปี.....สาขา..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล..... 2.สมาชิก ชื่อ - สกุลชั้นปี.....สาขา..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล..... 3.สมาชิก ชื่อ - สกุลชั้นปี.....สาขา..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล..... 4.สมาชิก ชื่อ - สกุลชั้นปี.....สาขา..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล..... 5.สมาชิก ชื่อ - สกุลชั้นปี.....สาขา..... ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำธุรกิจ ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ)..... เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้.....อีเมล.....	องค์ประกอบของทีมผู้สมัคร (5คะแนน)

[illegible]

