

## แบบตอบรับเข้าร่วมการอบรม

การอบรมเชิงปฏิบัติการการผลิตเสียงประกอบสื่อการเรียนการสอน ด้วย Adobe Audition

ศูนย์พัฒนากิจกรรมเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (ICT)

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๒๙ (อุบลราชธานี)

โรงเรียนวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

\*\*\*\*\*

โรงเรียน.....อำเภอ.....จังหวัดอุบลราชธานี  
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๒๙ มีความประสงค์จะส่งครูเข้ารับการอบรม

**หลักสูตร :** การอบรมเชิงปฏิบัติการการผลิตเสียงประกอบสื่อการเรียนการสอน ด้วย Adobe Audition  
วันที่ ๒๕ มีนาคม ๒๕๕๙ ณ ห้องโสตทัศนศึกษา โรงเรียนวารินชำราบ คือ

๑. ชื่อ..... ตำแหน่ง.....  
อีเมล.....โทรศัพท์.....  
Facebook .....Line ID : .....  
สอนในกลุ่มสาระ.....

๒. ชื่อ..... ตำแหน่ง.....  
อีเมล.....โทรศัพท์.....  
Facebook .....Line ID : .....  
สอนในกลุ่มสาระ.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

...../...../.....

### หมายเหตุ

๑. โปรดตอบกลับโรงเรียนวารินชำราบ ภายในวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๒.๐๐ น.
๒. ทางศูนย์ฯ จะรับผิดชอบค่าอาหารกลางวัน อาหารว่าง ส่วนรายการอื่นเบิกจากต้นสังกัด
๓. หมายเลขโทรศัพท์ผู้รับผิดชอบงาน  
- นายประสิทธิ์ สายสุวรรณ ตำแหน่ง ครู (เลขานุการฯ) โทร. ๐๘-๙๕๗๙-๑๔๕๔
๔. กรุณาจัดเตรียม Notebook อุปกรณ์ต่อพ่วง หูฟังพร้อมไมโครโฟน และสายไฟมาด้วย