ใบสมัครเข้าร่วมประกวด
“คลิปวิดีโอส่งเสริมสุขภาพช่องปาก”
สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย

รายละเอียดผู้สมัคร (โปรดกรอกข้อมูลโดยละเอียดให้ชัดเจน)

โรงเรียน .....

ตำบล ..... **อำเภอ** ..... **จังหวัด** .....

เบอร์โทรศัพท์ .....

ครูผู้ส่งผลงาน **ชื่อ** ..... **สกุล** ..... **อายุ** ..... **ปี**

ตำแหน่ง ..... **ระดับ** .....

โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ .....

E – mail .....

สรุป เนื้อหาคลิปวิดีโอพอสังเขป

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้ทราบรายละเอียดในหลักเกณฑ์การประกวดคลิปวิดีโอส่งเสริมสุขภาพช่องปากในโรงเรียนหรือคลิปวิดีโอส่งเสริมสุขภาพเด็กในโรงเรียนตำรวจตระเวนชายแดนเป็นที่เข้าใจ และปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การประกวดทุกประการ รวมทั้งขอรับผิดชอบด้านลิขสิทธิ์ของข้อมูลทุกชนิดในผลงาน และยินยอมให้ผู้อื่นนำผลงานของตนเองไปใช้เพื่อการเผยแพร่ได้ โดยอ้างอิงแหล่งที่มา

ลงชื่อ ..... **ผู้สมัคร**

(.....)

วันที่ ..... **เดือน**..... **พ.ศ.** .....