

**ใบสมัครการแข่งขันการประกวดจัดสวนถาด**  
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... แฟกซ์.....  
E-mail .....

ทีมระดับมัธยมศึกษาตอนต้น

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม..... หมายเลขโทรศัพท์.....

ทีมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม..... หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้ว ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา  
(.....)  
วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งทีมเข้าร่วมการแข่งขันได้ 1 ทีม/โรงเรียน/ระดับการแข่งขัน
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต. เกาะแก้ว อ. เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556-111

E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่** อาจารย์ ดร.ชัยญรินทร์ สมพร เบอร์โทรศัพท์ โทร.09-0284-3888 และ อาจารย์รชยาพร มวงส์ เบอร์โทรศัพท์ โทร.08-1866-8148 ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

**ใบสมัครการแข่งขัน การประกวดโครงงานทางวิทยาศาสตร์**  
ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... แฟกซ์.....  
E-mail .....

โครงงาน ประเภท  สสำรวจ  ทดลอง

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ในการแข่งขันแล้ว  
ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มี  
เงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งทีมเข้าร่วมการแข่งขันได้ 1 ทีม/โรงเรียน/ระดับชั้น
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556-111

E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่** อาจารย์ ดร.อุไรวรรณ ศรีพนา เบอร์โทรศัพท์ 06-1965-9653 และอาจารย์ ดร.ธนัย  
สุรศิลป์ เบอร์โทรศัพท์ 08-6979-4225 ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการ  
เบิกจ่าย

## ใบสมัครการแข่งขันจรวดขวดน้ำ

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....แฟกซ์.....  
E-mail .....

### ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น :

ทีมที่ 1 :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ทีมที่ 2 :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

### ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย :

ทีมที่ 1 :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ทีมที่ 2 :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้ว  
ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มีเงื่อนไข  
ใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

### หมายเหตุ

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งทีมเข้าร่วมการแข่งขันได้ 2 ทีม /โรงเรียน/ระดับชั้น
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556111 หรือ  
E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์ปฐมพงศ์ ชนะนิล เบอร์โทรศัพท์ 08-5764-9847

ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

**ใบสมัครการแข่งขันสิ่งประดิษฐ์และนวัตกรรมทางเทคโนโลยี**  
ระดับบุคคลทั่วไป (เฉพาะนักเรียน-นักศึกษา)  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... แฟกซ์.....  
E-mail .....

**ผู้แข่งขัน ทีมที่ 1**

ชื่อสิ่งประดิษฐ์.....  
คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

**ผู้แข่งขัน ทีมที่ 2**

ชื่อสิ่งประดิษฐ์.....  
คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้ว  
ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มี  
เงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งทีมเข้าร่วมการแข่งขันได้ไม่เกิน 2 ทีม
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 Fax : 043-556-111

E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่** หมายเลขโทรศัพท์ 043-556-111 หรือ

อาจารย์ ดร.ธีรศาสตร์ คณาศรี เบอร์โทรศัพท์ 09-5663-2774

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจำ

## ใบสมัครการแข่งขันการแข่งขันตอบปัญหาทางวิทยาศาสตร์

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย

งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560

ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... แฟกซ์.....  
E-mail .....

### 1. การแข่งขันตอบปัญหาทางวิทยาศาสตร์

นักเรียนผู้แข่งขัน ระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

นักเรียนผู้แข่งขัน ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

นักเรียนผู้แข่งขัน ระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย ภาควิชาภาษาอังกฤษ

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....

ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้ว  
ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มี  
เงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### หมายเหตุ

-แต่ละโรงเรียนสามารถส่งทีมเข้าร่วมการแข่งขันได้ระดับละ 1 ทีม / กิจกรรม

-แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

-ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์

มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 Fax : 043-556-111

E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์ ดร.เกษร เมรัตน์ โทร. 08-7215-0717 หรือ อาจารย์ ดร.สรพรเพชญ์ นิลผาย

โทร.08-1927-7626 และอาจารย์ ดร.สุรัชย์ รัตนสุข โทร.08-1790-1803

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

ใบสมัคร การประกวด “Miss RERU Recycle 2017”  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
ณ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อ-นามสกุล.....

ชื่อเล่น..... อายุ.....วัน เดือน ปี เกิด.....

น้ำหนัก.....ส่วนสูง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน

.....

.....

สถานที่ศึกษา

.....

หมายเลขโทรศัพท์ผู้เข้าประกวดที่สามารถติดต่อได้

.....

หมายเลขโทรศัพท์อาจารย์ผู้ควบคุมที่สามารถติดต่อได้

.....

ความสามารถพิเศษ

.....

เหตุผลในการเข้าประกวด

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....ผู้เข้าประกวด

(.....)

ลงชื่อ.....อาจารย์ผู้ควบคุม

(.....)

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

**ใบสมัครการแข่งขันการวาดภาพทางวิทยาศาสตร์**  
**ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และมัธยมศึกษาตอนปลาย**  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

1. ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....ซอย.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
2. มีความประสงค์จัดส่งนักเรียนเข้าร่วมการแข่งขันวาดภาพประเภท  
 วาดภาพทางวิทยาศาสตร์ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น  
 วาดภาพทางวิทยาศาสตร์ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย
3. ชื่อนักเรียนผู้เข้าแข่งขัน  
3.1 ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น  
ชื่อ-สกุล.....ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....  
3.2 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย  
ชื่อ-สกุล.....ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

สถานศึกษา หรืออาจารย์ผู้ควบคุมดูแล และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรมได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ในการประกวดครั้งนี้แล้ว ยินดีปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการ และยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆทั้งสิ้น

ลงนามอาจารย์ผู้ควบคุมดูแล .....  
(.....) ตัวบรรจง

ลงนามผู้บริหารโรงเรียน .....  
พร้อม ตราประทับสถานศึกษา (ถ้ามี) (.....) ตัวบรรจง  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**หมายเหตุ :** - โรงเรียนสามารถส่งนักเรียนเข้าร่วมแข่งขันได้ ประเภทละ 1 คน เท่านั้น  
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด  
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556111 E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**  
ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์รัชยา พรอมวงศ์ เบอร์โทรศัพท์ 08-1866-8148  
ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

## ใบสมัครการแข่งขันเดาะบอล

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้..... แฟกซ์.....  
E-mail .....

ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย :

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้วยินดี  
ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ  
ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

### หมายเหตุ

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งผู้แข่งขันเข้าร่วมการแข่งขันได้ 2 คน /โรงเรียน/ระดับชั้น
- แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556-111  
E-mail : scitech.reru@gmail.com **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ อาจารย์ ดร.กฤษชัย สารกุล เบอร์โทรศัพท์ 09-5672-9876 ภาควิชาวิทยาศาสตร์และ  
เทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการ  
เบิกจ่าย



**ใบสมัครการแข่งขันเครื่องบินวิทยุบังคับ 4 ช่องสัญญาณ**  
ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือเทียบเท่า  
งานสัปดาห์วันวิทยาศาสตร์แห่งชาติ วันที่ 16-18 สิงหาคม 2560  
มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

ชื่อสถานศึกษา.....  
ที่อยู่.....  
หมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....แฟกซ์.....  
E-mail .....

**ผู้แข่งขัน ทีมที่ 1**

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

**ผู้แข่งขัน ทีมที่ 2**

คนที่ 1 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 2 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
คนที่ 3 ชื่อ-สกุล..... ระดับ ชั้น.....  
ชื่ออาจารย์ผู้ควบคุม.....หมายเลขโทรศัพท์.....

โรงเรียน อาจารย์ผู้ควบคุม และนักเรียนที่ประสงค์เข้าร่วมกิจกรรม ได้ทราบถึงหลักเกณฑ์ใน การแข่งขันแล้วยินดี ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ดังกล่าวทุกประการและยอมรับว่าผลการตัดสินของคณะกรรมการถือเป็นเด็ดขาดโดยไม่มีเงื่อนไขใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ .....ผู้บริหารสถานศึกษา  
(.....)  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**หมายเหตุ**

- แต่ละโรงเรียนสามารถส่งผู้แข่งขันเข้าร่วมการแข่งขันได้ไม่เกิน 2 ทีม ทีมละ 3 คน
  - แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เข้าแข่งขัน 1 ชุด พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
  - ให้ส่งแบบฟอร์มเข้าร่วมการแข่งขันได้ที่ ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด เลขที่ 113 หมู่ 12 ต.เกาะแก้ว อ.เสลภูมิ จ.ร้อยเอ็ด 45120 หรือ แฟกซ์ 043-556-111
- E-mail : [scitech.reru@gmail.com](mailto:scitech.reru@gmail.com) **ภายในวันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2560**

**ติดต่อสอบถามเพิ่มเติมได้ที่** อาจารย์ยุทธพันธ์ คำวัน เบอร์โทรศัพท์ 08-1964-9889 ภาควิชาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี คณะศิลปศาสตร์และวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด

\* ในกรณีที่ได้รับรางวัล ขอให้ผู้แข่งขันเตรียมบัตรประชาชนหรือสำเนาพร้อมรับรองสำเนาถูกต้องจำนวน 2 ชุด เพื่อประกอบการ เบิกจ่าย