

ที่ ชื่อสถานศึกษา .

.

.

วัน เดือน ปี .

เรื่อง ให้บุคลากรของหน่วยงานศึกษาต่อหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตวิชาชีพครู ปีการศึกษา ๒๕.....   
 ในวันเสาร์/อาทิตย์ และวันที่มหาวิทยาลัยกำหนด

เรียน อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ข้าพเจ้า  ตำแหน่ง  *.*  ตำบล . อำเภอ จังหวัด ใบประกอบวิชาชีพผู้บริหารสถานศึกษาเลขที่  *.*  สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา  . เป็นผู้บังคับบัญชาของ (ผู้สมัคร)  ผู้ประสงค์จะเข้าศึกษาจะเข้าศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรบัณฑิตวิชาชีพครู ปีการศึกษา ๒๕๖๕

ได้ทราบความประสงค์ของผู้สมัครแล้ว หากผ่านการสอบคัดเลือก ยินดีให้บุคลากรดังกล่าว ใช้เวลาในวันเสาร์/อาทิตย์เข้าศึกษา และจัดกิจกรรมอื่น ๆ ตามวัน และเวลาที่มหาวิทยาลัยกำหนด จนกว่า จะสำเร็จการศึกษา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

( )

ตำแหน่ง………………………………………………………………..

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………