

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………………………………………………………………..

………………………………………………………

………………………………………………………

………………………………………………………