

แบบติดตามผู้ผ่านการฝึกอบรม

ศูนย์การเรียนรู้ระดับตำบล..... สกร.ระดับอำเภอพิบูลย์รักษ์ จังหวัดอุดรธานี  
หลักสูตร.....รูปแบบ.....จำนวน.....ชั่วโมง  
ระหว่างวันที่.....ชื่อวิทยากร.....

คำชี้แจง

1. แบบติดตามผลผู้ผ่านการฝึกอบรม มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลผู้ผ่านการฝึกอบรม ในการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ หลังจากจบหลักสูตรแล้ว
2. ประเด็นการนำไปใช้ประโยชน์จะขึ้นอยู่กับลักษณะหลักสูตรที่จัด

| ที่ | ชื่อ - นามสกุล (ผู้ผ่านการฝึกอบรม) | การนำไปใช้ประโยชน์ |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|-----|------------------------------------|--------------------|-------------|-----------|------------------------|---------|------------------|-------------------------|-----------------------|------------------------------|----------------------------|
|     |                                    | สร้างอาชีพ         | เพิ่มรายได้ | ลดรายจ่าย | แก้ปัญหาในการดำรงชีวิต | มีทักษะ | สร้างมูลค่าเพิ่ม | ต่อยอดภูมิปัญญาท้องถิ่น | พัฒนาสู่วิสาหกิจชุมชน | ต้องการได้รับการพัฒนาความรู้ | ใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |
|     |                                    |                    |             |           |                        |         |                  |                         |                       |                              |                            |

(ลงชื่อ).....ผู้รายงาน  
ตำแหน่ง.....