

รายละเอียดข้อมูล
ผู้เข้าร่วมโครงการสนับสนุนการผลิตตำราเรียน

1. ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
2. สังกัดสาขาวิชา/ภาควิชา..... คณะ.....
มหาวิทยาลัย.....
ที่อยู่.....
.....
โทรศัพท์มือถือ..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
E-mail 1) 2).....
3. คุณสมบัติ
 ข้าราชการ
 พนักงานมหาวิทยาลัย
 ลูกจ้าง
4. ตำแหน่งทางวิชาการ
 อาจารย์
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์
 รองศาสตราจารย์
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
5. คุณวุฒิสูงสุด.....
6. อายุงานสอน.....ปี.....เดือน
7. ประวัติการจัดพิมพ์ตำราเรียน/ผลงานทางวิชาการ
๑ ชื่อตำรา/ผลงานทางวิชาการ
สำนักพิมพ์.....ปีพิมพ์.....
 ผู้แต่งหลัก ผู้แต่งร่วม ผู้แปล
๑ ชื่อตำรา/ผลงานทางวิชาการ
สำนักพิมพ์.....ปีพิมพ์.....
 ผู้แต่งหลัก ผู้แต่งร่วม ผู้แปล
8. กลุ่มเป้าหมายผู้สั่งซื้อหนังสือ.....
9. จำนวนที่ต้องการ.....เล่ม/ภาคเรียน

* กรุณาแฟกซ์หรือส่ง E-mail เอกสารฉบับนี้มาที่ บริษัท ทริปเปิ้ล เอ็ดดูเคชั่น จำกัด โทรสาร 02 521 8424

E-mail : contact.triplegroup@gmail.com สอบถามรายละเอียดได้ที่ คุณพัชรา งามสิทธิวรพงศ์ โทรศัพท์มือถือ 08 1441 1624

