



แบบตอบรับโครงการโรงหนังโรงเรียน

ณ โรงภาพยนตร์ศรีศาลายา หอภาพยนตร์ (องค์การมหาชน)

ชื่อคุณครู/อาจารย์ (ผู้ประสานงาน).....

โรงเรียน

โทรศัพท์ โทรสาร

E-mail

มีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการโรงหนังโรงเรียน

ในวันที่ เดือน พ.ศ. ภาพยนตร์เรื่อง.....

รอบเช้า เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น.

รอบบ่าย เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

ข้อมูลของนักเรียนที่จะเข้าร่วมโครงการสำหรับ ๑ รอบ (โรงภาพยนตร์รองรับได้ ๑๒๑ ที่นั่งต่อรอบ)

จำนวนนักเรียน คน คุณครู/อาจารย์ คน รวม คน

ระดับชั้น อนุบาล ๑-๓ ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๑-๓ ชั้นประถมศึกษาปีที่ ๔-๖

ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๑-๓ ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ ๔-๖

นักเรียนเคยเข้าร่วมโครงการโรงหนังโรงเรียนมาแล้วหรือไม่

ไม่เคย เคย (ครั้งนี้เป็นครั้งที่ ชมภาพยนตร์เรื่อง))

หมายเหตุ : ท่านสามารถพานักเรียนเข้าร่วมโครงการได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตลอดปีการศึกษา ๒๕๕๗-๒๕๕๘

กรุณาส่งแบบตอบรับ มาได้ที่สถาบันหนังไทย หอภาพยนตร์ (องค์การมหาชน)

ทางโทรสาร ๐๒ ๔๘๒ ๒๐๑๕ หรือ ๐๒ ๔๘๒ ๒๐๑๓-๔ ต่อ ๑๑๐ และทาง E-mail : faschoolcinema@yahoo.com

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ น.ส.นิศานาถ ไทรทองคำ (นิ) ๐ ๒๔๘๒ ๒๐๑๓-๔ ต่อ ๑๑๐ หรือ ๐๘๗ ๕๖๗ ๔๓๑๖

www.fapot.org และ www.facebook.com/schoolcinemaproject