

ชื่อ-สกุล ชั้น เลขที่
 วันที่ เดือน พ.ศ.



บ. ๔.๑ / ผ. ๑.๑ - ๐๑

ใบงาน ๐๑ : ลักษณะการมองเห็นเมื่อมีวัตถุมาบังแสง

บันทึกผลการทำกิจกรรม

ผลการสังเกต

ทำเครื่องหมาย ✓
 ลงในช่องต่าง ๆ ในตาราง
 ที่ตรงกับผลการสังเกต

ตาราง ๑ ผลการสังเกตแสงไฟฉาย เมื่อมองผ่านวัตถุต่าง ๆ

| วัตถุต่าง ๆ | ผลการสังเกต | | |
|------------------------|------------------------|---------------------------|---------------------|
| | เห็นแสงไฟฉาย ชัดเจน | เห็นแสงไฟฉาย ไม่ชัดเจน | ไม่เห็นแสง ไฟฉาย |
| แผ่นไม้ | | | |
| กระจกใส | | | |
| กระจกเงา | | | |
| แว่นกันแดด | | | |
| ถุงพลาสติกมีหูหิ้ว | | | |
| กระดาษแข็งสี | | | |
| กระดาษใบ | | | |
| แผ่นพลาสติกใส | | | |
| วัตถุอื่น คือ | | | |
| วัตถุอื่น คือ | | | |