

443

ด่วนที่สุด

ที่ นศ ๐๐๒๓.๓/ว ๑๕๕๕



ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒๗ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง การมอบอินทผาลัมให้คนพิการทางการเห็นที่นับถือศาสนาอิสลาม และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่นับถือศาสนาอิสลาม

เรียน นายอำเภอ และนายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามบัญชีรายชื่อ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. บัญชีส่งมอบอินทผาลัม	จำนวน ๑ ชุด
๒. หนังสือคุ้มครองข้อมูลประวัติส่วนบุคคล	จำนวน ๑ ฉบับ
๓. แบบรายงานภาพถ่าย	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยเนื่องในเทศกาลเดือนรอมฎอน ปี ๒๕๖๗ (ฮ.จ. "ฮิจเราะห์ศักราช ๑๔๔๕") สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย ร่วมกับจังหวัดนครศรีธรรมราช และสมาคมส่งเสริมและพัฒนาคนตาบอดนครศรีธรรมราช มอบอินทผาลัมให้ศาสนิกชนที่เป็นคนพิการทางการเห็น และผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเป็นชาวไทยมุสลิมเพื่อส่งเสริมการประกอบศาสนกิจของประชาชนที่นับถือศาสนาอิสลาม จำนวน ๒๐๐ กล้อง

จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการ ดังนี้

๑. ให้ท้องถิ่นอำเภอ มาติดต่อบริษัทอินทผาลัม ภายในวันที่ ๒๘ มีนาคม ๒๕๖๗ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช ชั้น ๔ เพื่อนำไปส่งมอบให้แก่เทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ สำหรับเทศบาลนคร เทศบาลเมือง ให้มารับอินทผาลัม ตามวัน เวลา ดังกล่าวข้างต้นด้วย

๒. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบอินทผาลัมให้แก่คนพิการทางการเห็นที่นับถือศาสนาอิสลาม และผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่นับถือศาสนาอิสลาม ตามจำนวนเป้าหมาย (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ภายในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๗

๓. ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรายงานผลการส่งมอบอินทผาลัม ให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๕ เมษายน ๒๕๖๗ ประกอบด้วย

(๑) หนังสือคุ้มครองข้อมูลประวัติส่วนบุคคล

(๒) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ หรือสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของคนพิการทางการเห็น

พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง

/ (๓) ภาพถ่าย...



นตธา ตรีธธา อารยธรรม
นครศรีธรรมราช

(๓) ภาพถ่ายแบบแนวนอนที่คนพิการทางการเห็นได้รับอินทผาลัมจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นรายบุคคล

(๔) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ด้อยโอกาสทางสังคมที่เป็นคนไทยมุสลิม ซึ่งได้รับอินทผาลัม (ถ้ามี)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายศรีธรรม ราชแก้ว)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร.๐ ๗๕๓๕ ๖๑๔๔ ต่อ ๓๑,๓๒

ผู้ประสานงาน นางสาวจิรพร เสนแก้ว ๐๘๖๒๙๒๔๗๒๒



นครา ศรีธธา อารยธรรม
น ค ร ศรีธรรมราช

จำนวนคนพิการทางการเห็นที่นับถือศาสนาอิสลาม
เพื่อมอบอินทผาลัมจากสมาคมประชาคมคนตาบอดไทย
จังหวัดนครศรีธรรมราช

ลำดับ	อำเภอ	อปท.	จำนวนคนพิการทางการเห็น ที่นับถือศาสนาอิสลาม	จำนวนผู้ด้อยโอกาส ที่นับถือศาสนาอิสลาม	หมายเหตุ
๑	เมือง	ทต.ท่าจั่ว	1	-	
๒	เมือง	ทต.ท่าแพ	1	-	
๓	เมือง	ทน.นครศรีฯ	19	11	
๔	เมือง	ทม.ปากพูน	19	-	
๕	เมือง	อบต.กำแพงเขา	1	-	
๖	เมือง	อบต.ท่าซึก	6	-	
๗	เมือง	อบต.นาเคียน	34	-	
๘	เมือง	อบต.บางจาก	1	-	
๙	เมือง	อบต.มะม่วงสองต้น	4	-	
๑๐	ชะอวด	อบต.เกาะจันทร์	1	-	
๑๑	ชะอวด	อบต.วังอ่าง	1	-	
๑๒	ท่าศาลา	อบต.กลาย	3	-	
๑๓	ท่าศาลา	อบต.ท่าซิ่น	1	-	
๑๔	ท่าศาลา	อบต.ท่าศาลา	43	-	
๑๕	ท่าศาลา	อบต.โพธิ์ทอง	23	-	
๑๖	ท่าศาลา	อบต.โมคลาน	2	-	
๑๗	บางขัน	อบต.บ้านนิคม	2	-	
๑๘	ปากพนัง	อบต.คลองน้อย	3	-	
๑๙	พรหมคีรี	อบต.อินคีรี	2	-	
๒๐	ร่อนพิบูลย์	อบต.เสาชง	6	-	
๒๑	ร่อนพิบูลย์	อบต.หินตก	1	-	
๒๒	สิชล	ทต.ทุ่งไผ่	2	-	
๒๓	สิชล	ทต.สิชล	1	-	
๒๔	สิชล	อบต.ทุ่งปรัง	1	-	
๒๕	สิชล	อบต.สิชล	1	-	
๒๗	หัวไทร	ทต.เกาะเพชร	1	-	
๒๘	หัวไทร	ทต.หน้าสตน	6	-	
๒๙	หัวไทร	ทต.หัวไทร	3	-	
		รวม	๑๘๙	๑๑	๒๐๐



สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย
เลขที่ ๗๐ ซอยหัวหมาก ๒๑
ถนนหัวหมาก แขวงหัวหมาก
เขตบางกะปิ กรุงเทพฯ ๑๐๒๔๐

หนังสือการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้า คำนำน้านาม.....ชื่อ.....สกุล.....

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□□-□□-□

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

เกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

หมายเลขโทรศัพท์.....e-mail.....

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

ให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย บันทึกภาพนิ่ง/ภาพเคลื่อนไหว และบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

ให้สมาคมประชาคมคนตาบอดไทย เปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล เพื่อประโยชน์ในการเผยแพร่และประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสาร และเพื่อประโยชน์สาธารณะตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

ให้ไว้ ณ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ลงชื่อ..... (.....) เจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล วันที่.....	ลงชื่อ..... (.....) ผู้บันทึกข้อมูลส่วนบุคคล วันที่.....
---	---

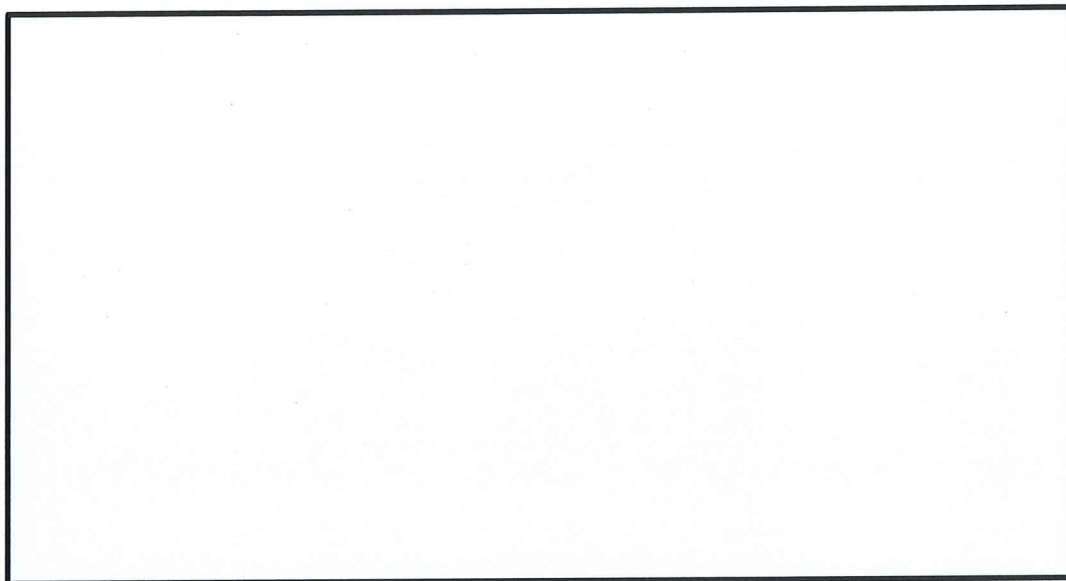
ลงชื่อ.....(พยาน)

(.....)

ลงชื่อ..... (พยาน)

(.....)

แบบรายงานภาพถ่าย
การมอบอินทผาลัม



ภาพถ่ายแบบแนวนอน จำนวน ๑ ภาพ ต่อ ๑ คน

ชื่อ-สกุล.....(ผู้พิการ/ผู้ด้อยโอกาสที่ได้รับอินทผาลัม)

อยู่ในพื้นที่ อปท.....ตำบล.....อำเภอ.....จ.นครศรีธรรมราช



นครา ศรีธา อารยธรรม
นครศรีธรรมราช