



ที่ นศ ๐๐๐๕/ว ตพ ๕๕

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช

ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการประชุมซักซ้อมการดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
และการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทุกระดับ

เรียน นายกเทศมนตรี และนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยจังหวัดนครศรีธรรมราช โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ร่วมกับบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัด จัดทำโครงการประชุมซักซ้อมการดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการ
เลี้ยงดูเด็กแรกเกิด และการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทุกระดับ เพื่อซักซ้อมแนวทางการดำเนินการโครงการ
เงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด ปีงบประมาณ ๒๕๖๐ แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และให้ความรู้พระราชบัญญัติ
ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ.๒๕๖๐ รวมทั้งชี้แจงขั้นตอน วิธีการดำเนินงาน
ในการจัดให้มีสภาเด็กและเยาวชนทุกระดับ

จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอเชิญท่านหรือผู้แทน เข้าร่วมโครงการดังกล่าวใน วันพุธ
ที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๐ เวลา ๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมแกรนด์ปาร์ค อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช
จังหวัดนครศรีธรรมราช โดยขอความร่วมมือท่าน ส่งแบบตอบรับตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้สำนักงานพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช (หลังใหม่) ชั้น ๑ หรือ
ทางโทรสารหมายเลข ๐-๗๕๓๔-๑๐๒๖ ภายในวันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุรินทร์ ขวัญทอง)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

ปฏิบัติราชการแทน ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

โทรศัพท์ ๐๗๕ - ๓๕๖๑๖๕

โทรสาร ๐๗๕ - ๓๕๑๐๒๖

แบบตอบรับ
โครงการประชุมซักซ้อมการดำเนินโครงการเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด
และการจัดตั้งสภาเด็กและเยาวชนทุกระดับ
วันที่ ๕ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๐
ณ โรงแรม แกรนด์ปาร์ค อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช

๑. หน่วยงาน.....

๒. หัวหน้าหน่วยงาน

ชื่อ - นามสกุล

ตำแหน่ง.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail address :

☐ สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ☐ ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ มอบหมายผู้แทน

๓. ผู้แทนซึ่งได้รับมอบหมาย

ชื่อ - นามสกุล

ตำแหน่ง.....

สถานที่ติดต่อ.....

โทรศัพท์.....โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

E-mail address :

๓. ประเภทอาหาร ☐ อาหารทั่วไป ☐ อาหารอิสลาม ☐ อาหารมังสวิรัต

หมายเหตุ

- ขอความกรุณาส่งแบบตอบรับไปยังสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช (หลังใหม่) ชั้น ๑ หรือทางโทรสาร หมายเลข ๐-๗๕๓๔-๑๐๒๖ หรือทาง E-Mail : new.nivanut@gmail.com ภายในวันที่ ๓ กรกฎาคม พ.ศ.๒๕๖๐
- สอบถามข้อสงสัย หรือขอทราบรายละเอียดเพิ่มเติมติดต่อผู้ประสานงานโครงการ นายนิตินัย อุทัยรังษี ตำแหน่ง นักพัฒนาสังคมชำนาญการ กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทรศัพท์ ๐-๗๕๓๔-๖๑๖๕ หรือ ๐-๘๖๙๖-๙๔๓๘-๕