

# ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๐๘.๓๖๗/๕๗



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๕๗

เรื่อง การอบรมโครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดการฝึกอบรม	จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรมฯ	จำนวน ๒ ฉบับ
๓. แบบใบแจ้งยืนยันเข้ารับการฝึกอบรมฯ	จำนวน ๑ ฉบับ
๔. ตารางการฝึกอบรม	จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะดำเนินการฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ตามโครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อพัฒนาความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ จะดำเนินการฝึกอบรมในปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๗ จำนวน ๕ รุ่น ระหว่างวันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๗ ถึงวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ โดยอบรมรุ่นละ ๓๐๐ คน รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ให้กับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล สามารถจัดเก็บรายได้เพิ่มขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับการจัดทำตัวชี้วัดร้อยละที่เพิ่มขึ้นของการจัดเก็บรายได้ในส่วนที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดเก็บเอง จึงขอให้จังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่งทราบถึงการจัดทำโครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และแจ้งให้เจ้าหน้าที่ของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนในรุ่นที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรม และเดินทางไปเข้ารับการฝึกอบรมตามวัน เวลา และสถานที่ ของรุ่นที่ได้ลงทะเบียนไว้ โดยให้เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการและค่าลงทะเบียนจากต้นสังกัด รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒. การชำระเงินค่าลงทะเบียน ให้ตรวจสอบความถูกต้องของรหัสหลักสูตรและรหัสรุ่นก่อนการโอนเงินค่าลงทะเบียน โดยให้โอนเงินผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา ตามแบบใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ชื่อหลักสูตร : โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแบบฟอร์มในการโอนเงิน จำนวนคนละ ๔,๐๐๐ บาท และให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลนำหลักฐาน “ใบรับชำระค่าสาธารณูปโภคและค่าบริการ” ที่ธนาคารออกให้ ใช้เป็นหลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าลงทะเบียนในการฝึกอบรม ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ มท ๐๘๐๘.๔/ว ๗๖๒ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๒ เรื่อง การชำระเงินค่าลงทะเบียนฝึกอบรมผ่านระบบธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่มาด้วย ๒

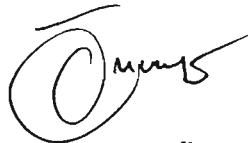
๓. ให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้วตามข้อ (๑) แจ้งรายชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบ ตามแบบฟอร์มใบแจ้งยืนยันเข้ารับ

การฝึกอบรมโครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน ก่อนการฝึกอบรมในแต่ละรุ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

๔. ในกรณีเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลใด ได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่สมัครเข้ารับการฝึกอบรมในรุ่นใดแล้ว ให้เจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรมตามรุ่นที่ได้มีการลงทะเบียนไว้ เว้นแต่กรณี มีเหตุจำเป็นที่เจ้าหน้าที่ผู้นั้นไม่สามารถไปเข้ารับการฝึกอบรมได้ ให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลพิจารณา ส่งเจ้าหน้าที่คนอื่นเข้ารับการฝึกอบรมแทนในรุ่นนั้น โดยทำหนังสือเสนอผู้บริหารท้องถิ่น (นายกเทศมนตรี/นายก องค์การบริหารส่วนตำบล) เพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงผู้เข้ารับการฝึกอบรม และใช้เป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย ค่าลงทะเบียนตามข้อ ๑ แทนบุคคลดังกล่าวที่ตนไปแทน โดยไม่ต้องแก้ไขรายชื่อในสำเนาใบรับชำระค่าสาธารณูปโภค และค่าบริการที่ธนาคารออกให้ ซึ่งรวมถึงกรณีที่มีเหตุจำเป็นที่จะต้องเลื่อนรุ่นการฝึกอบรมไปฝึกอบรมในรุ่นอื่นแทน ทั้งนี้ ให้แจ้งกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓ วัน ก่อนวันที่จะมีการฝึกอบรมโดยทาง โทรสาร (Fax) หมายเลข ๐-๒๒๔๑-๘๘๙๘ , ๐-๒๒๔๑-๙๐๔๒

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายวิมล พริ้งพงษ์)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น

ส่วนนโยบายการคลังและพัฒนารายได้

โทร. ๐-๒๒๔๑-๐๗๕๕

โทรสาร ๐-๒๒๔๑-๙๐๔๒

## รายละเอียดการฝึกอบรม

### โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

#### ๑. ผู้เข้ารับการอบรม

ผู้เข้ารับการอบรม ได้แก่ ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้อำนวยการกองคลัง นิติกร หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของเทศบาล หรือองค์การบริหารส่วนตำบล ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมและได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว

#### ๒. หัวข้อฝึกอบรม

๒.๑ นโยบายการคลังและการจัดเก็บรายได้

๒.๒ กฎหมายรายได้ท้องถิ่น ได้แก่ ภาษีโรงเรือนและที่ดิน ภาษีบำรุงท้องที่ ภาษีป้าย ค่าธรรมเนียมค่าใบอนุญาต และค่าปรับ และการจัดหาประโยชน์ในทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

๒.๓ การดำเนินการฟ้องร้องคดีต่อศาลภาษีอากรกลาง โดยสำนักงานอัยการสูงสุด

๒.๔ การพิจารณาคดีภาษีที่ท้องถิ่นจัดเก็บเอง โดยผู้พิพากษาศาลภาษีอากรกลางหรือศาลยุติธรรม

๒.๕ ประสบการณ์เรื่องการจัดเก็บภาษี โดยวิทยากรจากบุคคลภายนอก

๒.๖ เทคนิค วิธีการ และขั้นตอนการยึดอายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สิน ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๑

๒.๗ การแก้ไขเพิ่มเติมระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการยึด อายัด และขายทอดตลาดทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๑

#### ๓. การชำระเงินค่าลงทะเบียน

ผู้เข้ารับการฝึกอบรมนำเงินค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท ซึ่งค่าลงทะเบียนดังกล่าวไม่รวมค่าพาหนะ ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าเช่าที่พัก (ให้สำรองห้องพักด้วยตนเอง) ไปชำระผ่านธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) ทุกสาขา โดยหากรุ่นใดมีผู้ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนครบตามจำนวนคนที่กำหนด รุ่นละ ๓๐๐ คนแล้ว ธนาคารจะปิดรับการชำระเงินสำหรับรุ่นนั้น ให้ผู้ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมลงทะเบียนชำระเงินในรุ่นอื่นต่อไป

#### ๔. การโอนเงินและการกรอกรายละเอียดการชำระค่าลงทะเบียน

การชำระเงินค่าเข้าร่วมฝึกอบรม ให้ใช้แบบใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ชื่อหลักสูตร : โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นแบบฟอร์มในการโอนเงิน จำนวนคนละ ๔,๐๐๐ บาท รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒

#### ๕) การส่งใบแจ้งยืนยัน

หลังจากที่ผู้เข้ารับการอบรมได้ชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ให้แจ้งรายชื่อผู้ที่เข้ารับการอบรมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ก่อนการฝึกอบรมในแต่ละรุ่นไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน ทางโทรสารหมายเลข ๐-๒๒๔๑-๘๘๘๘ , ๐-๒๒๔๑-๙๐๔๒ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๓

/๖. ค่าใช้จ่าย...

๖. ค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของผู้เข้ารับการอบรม

ให้เบิกจ่ายจากต้นสังกัด ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๒๖ และแก้ไขเพิ่มเติม

๗. วันเวลาและสถานที่อบรม

- รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๒๔ - ๒๗ มิถุนายน ๒๕๕๗ ณ โรงแรมໄໝະ จ.ขอนแก่น
- รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๒๒-๒๕ กรกฎาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมเลิศธานี จ.สุพรรณบุรี
- รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๕-๘ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมฮอติเดย์ อินน์ จ.เชียงใหม่
- รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๒๖-๒๙ สิงหาคม ๒๕๕๗ ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช รีสอร์ท จ.ชลบุรี
- รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๙-๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ณ โรงแรมพาววิลเลียน ควีนส์ เบย์ จ.กระบี่

๘. รายงานตัวผู้เข้ารับการอบรม

ให้ไปรายงานตัวลงทะเบียน ณ สถานที่ฝึกอบรมในแต่ละรุ่นดังนี้

- รุ่นที่ ๑ วันที่ ๒๔ มิถุนายน ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และเริ่มการฝึกอบรมเวลา ๑๓.๐๐ น.
- รุ่นที่ ๒ วันที่ ๒๒ กรกฎาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และเริ่มการฝึกอบรมเวลา ๑๓.๐๐ น.
- รุ่นที่ ๓ วันที่ ๕ สิงหาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และเริ่มการฝึกอบรมเวลา ๑๓.๐๐ น.
- รุ่นที่ ๔ วันที่ ๒๖ สิงหาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และเริ่มการฝึกอบรมเวลา ๑๓.๐๐ น.
- รุ่นที่ ๕ วันที่ ๙ กันยายน ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐-๑๒.๐๐ น. และเริ่มการฝึกอบรมเวลา ๑๓.๐๐ น.

หมายเหตุ - ติดต่อประสานงานคุณวิษณุ วาसानนท์ , คุณศิริพร ดิสถาพร , ว่าที่ ร.ต. ปวีรบรรด สมณะ, คุณแพรทอง ทองหว่าน , คุณพิมมณต์ อรัญพูล และคุณวันวิสา ปรีชานันท์

- ส่วนนโยบายการคลังและพัฒนารายได้ สำนักบริหารการคลังท้องถิ่น
- โทรศัพท์ ๐-๒๒๔๑-๐๗๕๕ , ๐-๒๒๔๑-๘๘๙๘ , ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ภายใน ๑๔๓๐-๑๔๓๒
- โทรสาร ๐-๒๒๔๑-๙๐๔๒, ๐-๒๒๔๑-๘๘๙๘

ที่ว่างสำหรับติดสำเนาเอกสารรับชำระเงินจากธนาคาร



ใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ชื่อหลักสูตร : โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รหัสหลักสูตร-รหัสรุ่น

๙	๙	๓	๙		
---	---	---	---	--	--

รหัสรุ่น

ชื่อ-สกุล ผู้เข้ารับการฝึกอบรม : \_\_\_\_\_

ชื่อหน่วยงาน : \_\_\_\_\_

อำเภอ : \_\_\_\_\_ จังหวัด : \_\_\_\_\_

แบบฟอร์มการชำระผ่าน บมจ. ธนาคารกรุงไทย



ส่วนของธนาคาร

Company Code : ๙๓๗๔ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น (อบรม/สัมมนา) วันที่ \_\_\_\_\_

สาขา \_\_\_\_\_

ชื่อ-สกุล ผู้เข้ารับการฝึกอบรม : \_\_\_\_\_

รหัสหลักสูตร-รหัสรุ่น (Ref.No.๑) :

๙	๙	๓	๙		
---	---	---	---	--	--

รหัสรุ่น

รหัสหน่วยงาน (Ref.No.๒) :

--	--	--	--	--	--	--	--

รหัสเทศบาล/อบต.

จำนวนเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม (ตัวเลข) : ๔,๐๐๐ บาท

จำนวนเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม (ตัวอักษร) : สี่พันบาทถ้วน

ค่าธรรมเนียมการชำระผ่านธนาคาร ๑๐ บาท/รายการ

ลงชื่อ ผู้นำฝาก \_\_\_\_\_

โทรศัพท์ ผู้นำฝาก \_\_\_\_\_

ขอสงวนสิทธิ์ปิดระบบการชำระเงินเมื่อจำนวนผู้เข้ารับการอบรมครบ ๓๐๐ คน โดยมีต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า

คำอธิบายการกรอก

ใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ชื่อหลักสูตร : ให้กรอก โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

รหัสหลักสูตร : ให้กรอก ประกอบด้วยตัวเลข ๔ หลักแรก (สำหรับหลักสูตรนี้คือหมายเลข ๙๙๓๙ )

รหัสรุ่น : ให้กรอก ประกอบด้วยตัวเลข ๒ หลักหลัง (โดยเริ่มต้น ๐๑ หมายถึง รุ่นที่ ๑ ๐๒ หมายถึง รุ่นที่ ๒.....) ตัวอย่างเช่น 

๙	๙	๓	๙	๐	๓
---	---	---	---	---	---

 หมายถึง โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รุ่นที่ ๓

ชื่อหน่วยงาน ให้กรอก เทศบาล/อบต. ที่ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการอบรม

รหัสหน่วยงาน ให้กรอก รหัสหน่วยงานซึ่งประกอบด้วยตัวเลข ๗ หลัก (ดูจาก [www.dla.go.th](http://www.dla.go.th) ซึ่งปรากฏอยู่ด้านหน้าของ web ช่องข้อมูลสารสนเทศ)

จำนวนเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม ให้กรอกจำนวนเงินค่าลงทะเบียน (๔,๐๐๐ บาท/คน)



หมายเหตุ

๑. ผู้ประสงค์เข้ารับการอบรมชำระเงินค่าลงทะเบียนผ่านทางเคาน์เตอร์ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) โดยใช้ใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้ารับการฝึกอบรม กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ที่ส่งมาพร้อมนี้ ๑ ใบต่อการลงทะเบียน ๑ คน
๒. จำนวนเงินที่ชำระให้แก่ธนาคารจะต้องรวมค่าธรรมเนียมจำนวน ๑๐ บาทต่อรายการ คือ ค่าลงทะเบียนคนละ ๔,๐๐๐ บาท ต้องชำระให้แก่ธนาคารคนละ ๔,๐๑๐ บาท
๓. ค่าลงทะเบียนและค่าธรรมเนียมตามข้อ ๒ ให้ผู้ประสงค์เข้ารับการอบรมใช้สำเนา "ใบรับชำระค่าสาธารณูปโภคและค่าบริการ" ที่ธนาคารออกให้เป็นหลักฐานการจ่ายสำหรับการส่งใช้เงินยืมหรือการขอเบิกเงิน ตามหนังสือที่ มท ๐๘๐๘.๔/ว ๗๖๒ ลงวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๕๒

รหัสหลักสูตร-รหัสรุ่น

๙	๙	๓	๙		
---	---	---	---	--	--

ใบแจ้งยืนยันเข้ารับการฝึกอบรม

โครงการฝึกอบรมการจัดเก็บภาษีและการบังคับภาษีค้างชำระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เทศบาล/อบต. .... อำเภอ..... จังหวัด.....  
 รุ่นที่..... วันที่..... โรงแรม.....

๑. ชื่อ.....นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง.....ระดับ.....  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail .....
๒. ชื่อ.....นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง.....ระดับ.....  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail .....
๓. ชื่อ.....นามสกุล.....  
 ตำแหน่ง.....ระดับ.....  
 เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....E-mail .....

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ หลังจากชำระเงินค่าลงทะเบียนแล้ว ให้ส่งใบแจ้งยืนยันเข้ารับการฝึกอบรมทางโทรสาร หมายเลข ๐-๒๒๔๑-๙๐๔๒ , ๐-๒๒๔๑-๘๘๙๘ โดยต้องส่งก่อนการฝึกอบรมในแต่ละรุ่นไม่น้อยกว่า ๑๕ วัน

ตารางการฝึกอบรม

โครงการฝึกอบรมเพิ่มประสิทธิภาพการจัดเก็บรายได้ของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

เวลา วัน	๐๘.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.		๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น.		๑๕.๓๐ - ๑๘.๐๐ น.		๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น.
วันที่หนึ่ง	รายงานตัวรับลงทะเบียน		นโยบายการคลังและการพัฒนารายได้ของ อปท.		อภิปรายภาษีบำรุงท้องที่		
วันที่สอง	๐๘.๓๐ - ๑๐.๓๐ น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม	๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น.	๑๕.๓๐ - ๑๖.๐๐ น.	๑๖.๐๐ - ๑๘.๐๐ น.	๑๙.๐๐-๒๐.๐๐ น.
	อภิปรายภาษีป้าย		อภิปรายภาษีป้าย (ต่อ)		อภิปรายแนวทางการดำเนินคดีภาษีท้องถิ่นโดยสำนักงานอัยการสูงสุด	อภิปรายแนวทางการดำเนินคดีภาษีท้องถิ่นโดยสำนักงานอัยการสูงสุด (ต่อ)	
วันที่สาม	อภิปรายภาษีโรงเรือนและที่ดิน		พักรับประทานอาหารกลางวัน	อภิปรายแนวทางการพิจารณาพิพากษาคดีภาษีท้องถิ่น	อภิปรายแนวทางการพิจารณาพิพากษาคดีภาษีท้องถิ่น (ต่อ)	อภิปรายค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าปรับและการจัดหาประโยชน์ในทรัพย์สิน	แบ่งกลุ่มปฏิบัติเรื่องการจัดเก็บภาษีโรงเรือนและที่ดิน
วันที่สี่	อภิปรายการยึดอายัดและขายทอดตลาดทรัพย์สินของอปท. ตามระเบียบ มท. และที่แก้ไขเพิ่มเติม			อภิปรายการยึดอายัดและขายทอดตลาดทรัพย์สินของอปท. ตามระเบียบ มท. และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ต่อ)	๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น.	๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.	





**JOMTIEN PALM BEACH**  
HOTEL & RESORT

แบบฟอร์มการจองห้องพัก

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

การประชุมประจำปี 2557 เรื่อง.....

วันที่ 26-29 สิงหาคม 2557

ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเทล แอนด์ รีสอร์ท พัทยา จ.ชลบุรี

โทร. 038-231-350-67 โทรสาร. 038-231-368-9

ติดต่อแผนกจองห้องพัก คุณวุฒิชัย โทร. 038-756-884, คุณมัทธนา โทร. 038-756-260 (เวลา 9.00-18.00 น.)

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. 2557

ชื่อ-สกุล .....

ชื่อหน่วยงาน .....

ที่อยู่ .....

โทรศัพท์..... มือถือ ..... โทรสาร.....

มีความประสงค์ของจองห้องพัก ดังนี้

ห้องพักเดี่ยว ราคา 1,500.- บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง  
เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน  
ชื่อผู้เข้าพัก .....

ห้องพักรู้อูราคา 1,500.- บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง  
เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน  
ชื่อผู้เข้าพัก .....

กรุณาระบุชื่อผู้เข้าพักของท่าน.....

เตียงเสริม ราคา 700.- บาท / ห้อง / คืน รวมอาหารเช้า จำนวน ..... ห้อง  
เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... จำนวน ..... คืน  
ชื่อผู้เข้าพัก .....

• ปิดรับจองห้องพัก และชำระเงินค่าห้องพัก / เตียงเสริม ล่วงหน้าเต็มจำนวนทุกคืนตามที่จอง ภายในวันศุกร์ที่ 1 สิงหาคม 2557

• ผู้เข้าพักจะต้องชำระเงินค่าห้องพักเต็มจำนวนทุกคืนโดย โอนเงินเข้าบัญชี บริษัท เกียรติผล จำกัด (มหาชน) เลขที่ 003-3-06658-8 บัญชีกระแสรายวัน ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาบางลำพู และส่งสำเนาการโอนเงินค่าห้องพัก พร้อมแบบฟอร์มการจองห้องพัก มาที่โทรสารหมายเลข 038-231-368-9 ถึง คุณวุฒิชัย, คุณมัทธนา แผนกจองห้องพัก และกรุณาโทรเช็คด้วยว่าทางโรงแรมได้รับเอกสารหรือไม่

• โรงแรมจะรับจองห้องพักก็ต่อเมื่อ ได้รับแบบฟอร์มการจองห้องพัก พร้อมกับสำเนาใบโอนเงินค่าห้องพัก เท่านั้น

• กรณีที่โอนเงินค่าห้องพักแล้ว หากยกเลิกการจองห้องพักหรือไม่เข้าพักตามที่จองไว้ ทางโรงแรมจะไม่คืนเงินค่าห้องพัก

• กรุณาแจ้งชื่อ และที่อยู่ในการออกใบเสร็จในวันที่เข้าพัก และรับใบเสร็จพร้อม Folio ในวันเช็คเอาท์

Wat  
Yannasungwon

JOMTIEN PALM BEACH

Jomtien Beach

LOTUS

ถ.เทพประสิทธิ์

Theprasit Rd.

Turn Right

South Pattaya / พัทยาใต้

Central Pattaya / พัทยากลาง

North Pattaya / พัทยาเหนือ

From Bangkok / มาจากกรุงเทพฯ



แบบฟอร์มการสำรองห้องพักเข้าร่วมประชุมสัมมนา.....

เรื่อง.....

ระหว่างวันที่ 9 – 12 กันยายน 2557

ประชุมสัมมนา ณ โรงแรมพาวิลเลียน ควีนส์ เบย์ อ่าวนาง กระบี่

1 ชื่อ – สกุล .....

2 สถานที่ทำงาน ..... จังหวัด .....

โทรศัพท์ (กรุงเทพมหานคร) ..... โทรสาร .....

3 ท่านมีความประสงค์

❖ สำรองห้องพัก (รวมอาหารเช้า) ณ โรงแรมพาวิลเลียน ควีนส์ เบย์ อ่าวนาง กระบี่

<input type="checkbox"/>	ห้องพักเดี่ยว	ราคา	1,200.- บาท/ท่าน/คืน
<input type="checkbox"/>	ห้องพักคู่	ราคา	600.- บาท/ท่าน/คืน
<input type="checkbox"/>	เตียงเสริม	ราคา	600.- บาท/ท่าน/คืน

โดยพักร่วมกับ ..... สถานที่ปฏิบัติงาน .....

โทรศัพท์ (กรุงเทพมหานคร) ..... โทรสาร .....

(ขอความกรุณายืนยันชื่อผู้ที่พักร่วมกัน และวันที่ Check in-Out ให้แจ้งรายละเอียดตรงกัน)

❖ กำหนดวันที่เข้าพัก ..... กันยายน 2557 เวลาประมาณ .....

❖ กำหนดวันที่ออก ..... กันยายน 2557 (กำหนด Check out เวลา 12.00 น)

❖ ประสงค์ให้ทางโรงแรมบริการเรื่องรถรับ- ส่ง สนามบิน กรุณาแจ้ง ราคา 700 บาท/คัน/เที่ยว

<input type="checkbox"/>	มีความประสงค์ใช้บริการรถโรงแรมฯ
<input type="checkbox"/>	ไม่มีประสงค์ใช้บริการรถโรงแรมฯ

วันที่รับ..... เที่ยวบิน .....เวลา.....

วันที่ส่ง..... เที่ยวบิน .....เวลา.....

#### หมายเหตุ :

1 หากมีการจองรถตู้เที่ยวเวลาเดียวกันทางคณะสามารถแชร์ค่าใช้จ่ายกับผู้ร่วมเดินทางได้ (กรุณาจองล่วงหน้า)

❖ โปรดระบุประเภทอาหาร

อาหารไม่มีหมู (มุสลิม)       อาหารเจ       มัสวิสต์       อาหารทั่วไป

เพื่อสะดวกในการดำเนินการจัดการรูปแบบการประชุมสัมมนา จึงใคร่ขอความร่วมมือผู้เข้าร่วมประชุมที่ประสงค์ที่จะเข้าพัก ณ โรงแรมพาวิลเลียน ควีนส์ เบย์ อ่าวนาง กระบี่ สำรองจองห้องพักได้โดยตรงกับทางเจ้าหน้าที่ด้านล่างนี้

**กรุณาส่ง Fax จองห้องพักไปยังคุณ**

สุภาขวัญ ปานนะพงษ์ (ผู้ช่วยผู้จัดการฝ่ายขาย)

โรงแรมพาวิลเลียน ควินส์ เบย์ อ่าวนาง กระบี่

โทรศัพท์ 081-894 0078 , 075-637 611-20

โทรสาร 075-637 609

E-mail ; [saleskrabi@pavilionhotels.com](mailto:saleskrabi@pavilionhotels.com)

**กรุณาส่ง Fax แบบฟอร์มสำรองห้องพัก โดยด่วนที่สุดก่อนวันที่ 1 มิถุนายน 2557**

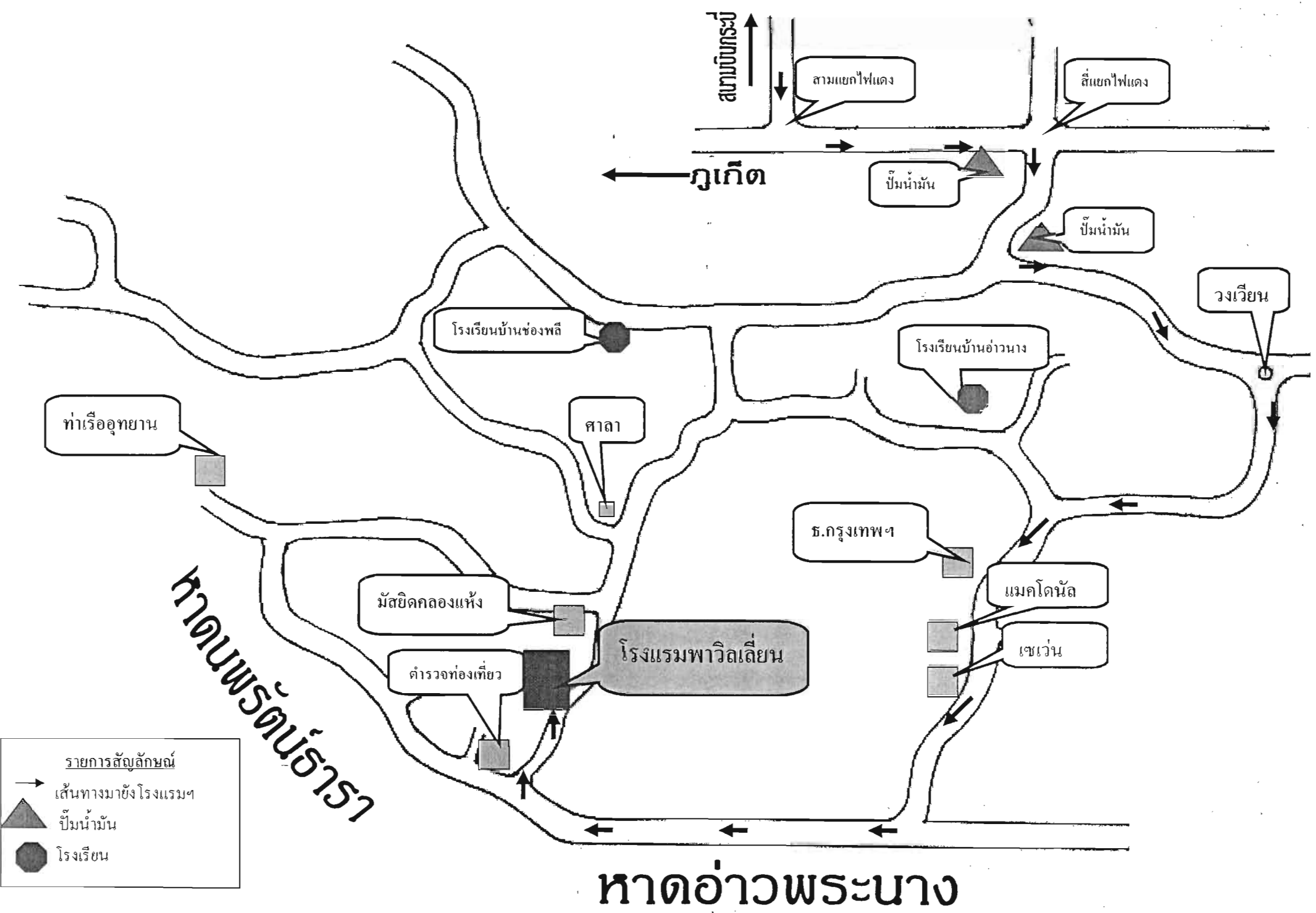
**สำหรับผู้ประสงค์จะโอนเงินค่าห้องพักล่วงหน้าสามารถโอนได้ที่**

ชำระเงินในนาม : บจก.พาวิลเลียน ควินส์ เบย์

ธนาคารกรุงเทพ สาขากระบี่

\* กระแสรายวัน เลขที่บัญชี 280-3032-743

\* ออมทรัพย์ เลขที่บัญชี 280-0777-175



- รายการสัญลักษณ์
- เส้นทางมายังโรงแรมฯ
  - ▲ ปั๊มน้ำมัน
  - โรงเรียน

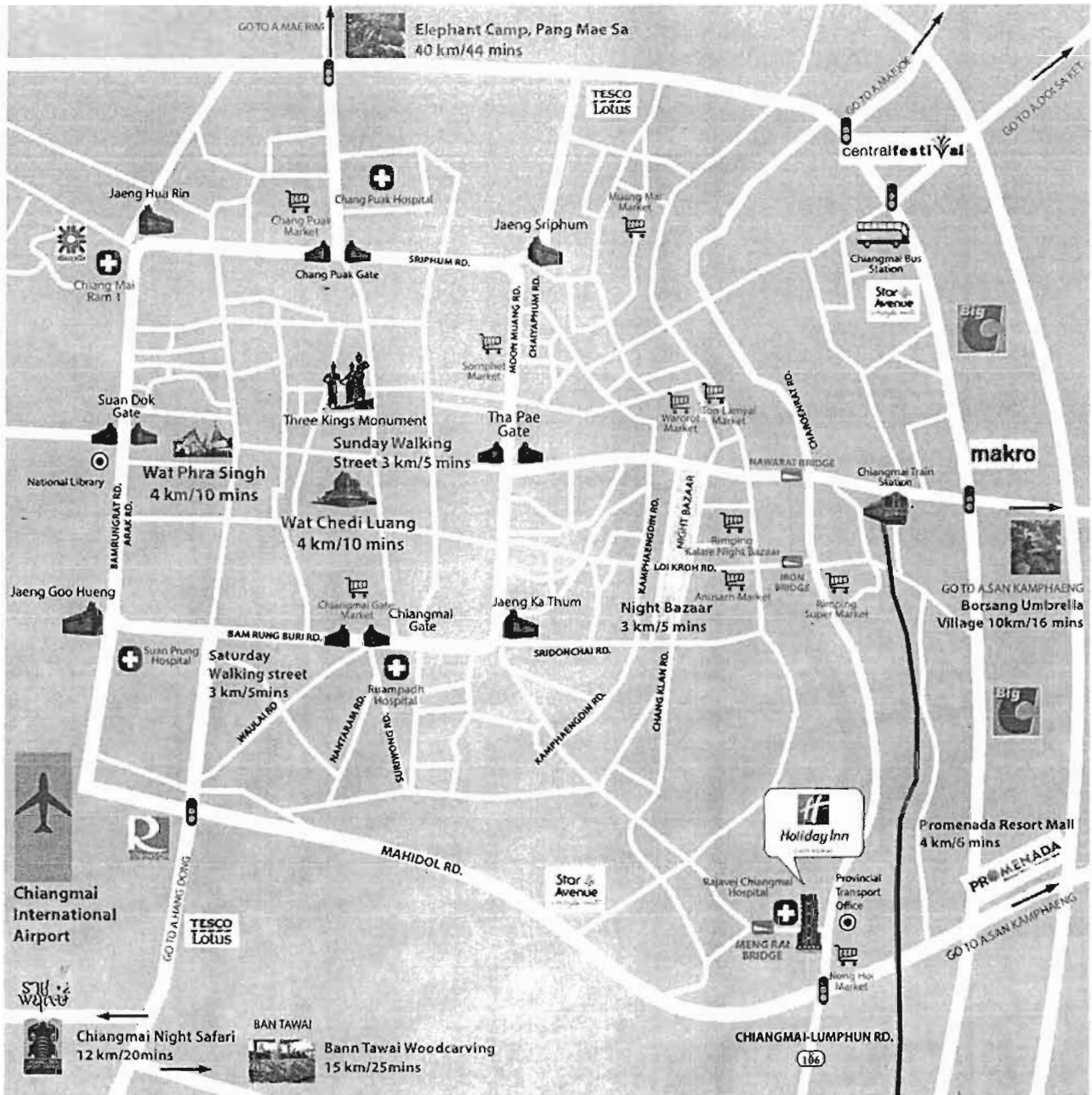
หาดนพรัตน์ธารา

หาดอ่าวพระนาง



# Holiday Inn

CHIANG MAI



MAP HOLIDAY INN CHIANG MAI

[www.holidayinn.com](http://www.holidayinn.com)

053 275 300

PRIORITYCLUB  
REWARDS

Holiday Inn Chiangmai  
118/1 Chiangmai-Lumphun Road, 1 Watket, AUMuang, Chiangmai 50002, Thailand T: 06 5327 5300 F: 06 5327 5295

ชื่อการประชุม: กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย วันที่ 27-30 พฤษภาคม 2557

ใบสำรองห้องพัก

กรุณาส่งเอกสารสำรองห้องพักโดยตรงกับทางโรงแรมฮอลิเดย์ อินน์ เชียงใหม่

ชื่อ \_\_\_\_\_  
นามสกุล \_\_\_\_\_  
หน่วยงาน \_\_\_\_\_  
ที่อยู่ \_\_\_\_\_  
โทร \_\_\_\_\_ แฟกซ์ \_\_\_\_\_

- ห้องพักแบบ SUPERIOR ราคา พักเดี่ยว 1,200 บาท / พักคู่ 1,200 บาท

พักเดี่ยว  พักคู่

- ห้องพักแบบ EXECUTIVE RIVER VIEW ราคา พักเดี่ยว 2,500 บาท / พักคู่ 2,500 บาท

พักเดี่ยว  พักคู่

หมายเหตุ: เวลา เข้าพัก 14.00 น. และเวลา Check out 12.00 น.

EXTRA BED ราคา 1,000 บาท  ห้องพักแบบสูบบุหรี่  ห้องพักแบบไม่สูบบุหรี่

วันเข้าพัก \_\_\_\_\_ Check out วันที่ \_\_\_\_\_

กรุณาส่งเอกสารเพื่อสำรองห้องพักและ Slip Pay-in ได้ที่

e-mail: group@hichiangmai.net แฟกซ์. 053 275 299 โทร 053 275 300

กรุณาส่งเอกสารสำรองห้องพักมายังโรงแรมภายในวันที่ 9 พฤษภาคม 2557

หมายเหตุ:

- กรุณาชำระค่าที่พักล่วงหน้าเต็มจำนวนคืนที่พัก  
ชื่อบัญชี : บริษัทเชียงใหม่ริเวอร์ไซด์พลาซ่าโฮเต็ล จำกัด  
ธนาคารกรุงเทพ สาขาข้างศาลาน  
เลขที่บัญชี 423-0-72733-3 บัญชีออมทรัพย์
- ราคาห้องพักข้างต้นได้รวมภาษีและ Service charge เรียบร้อยแล้ว
- ห้องพักมีจำนวนจำกัด กรุณาชำระค่าที่พัก เต็มตามจำนวนคืนที่พัก และสำรองภายในเวลาที่กำหนด



**โรงแรมเลิศธานี**  
**แบบฟอร์มการจองห้องพัก**

ชื่อ-สกุล ผู้เข้าพัก1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

หน่วยงาน \_\_\_\_\_ โทรศัพท์มือถือ \_\_\_\_\_

E.mail \_\_\_\_\_

วันที่เข้าพัก \_\_\_\_\_ วันที่ออก \_\_\_\_\_ จำนวน \_\_\_\_\_ คืน

ราคาห้อง (เตียง/คู่ รวมอาหารเช้า)

ประเภทห้องโรงแรม	Standard	เตียงเดี่ยว	จำนวน _____ ห้อง
		เตียงคู่	จำนวน _____ ห้อง
	Superior	เตียงเดี่ยว	จำนวน _____ ห้อง
		เตียงคู่	จำนวน _____ ห้อง
	VIP	เตียงเดี่ยว	จำนวน _____ ห้อง
		เตียงคู่	จำนวน _____ ห้อง

กรุณาแจ้งรายละเอียดในการออกใบเสร็จรับเงินในวันที่พัก เพื่อความรวดเร็วในวันที่ยกออก(เช็คเอาท์)

กรุณาสำรองห้องพักโดยตรงที่: 035-525755-6 แฟกซ์: 035-525757 มือถือ: 090-9545654, 094 429 1364

E-mail: [lt\\_n\\_suphan@yahoo.com](mailto:lt_n_suphan@yahoo.com)

ดำเนินการเปลี่ยนแปลงกำหนดการเข้าพัก กรุณาแจ้งกับทางโรงแรมล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน

เพิ่มเติม

---



---



---

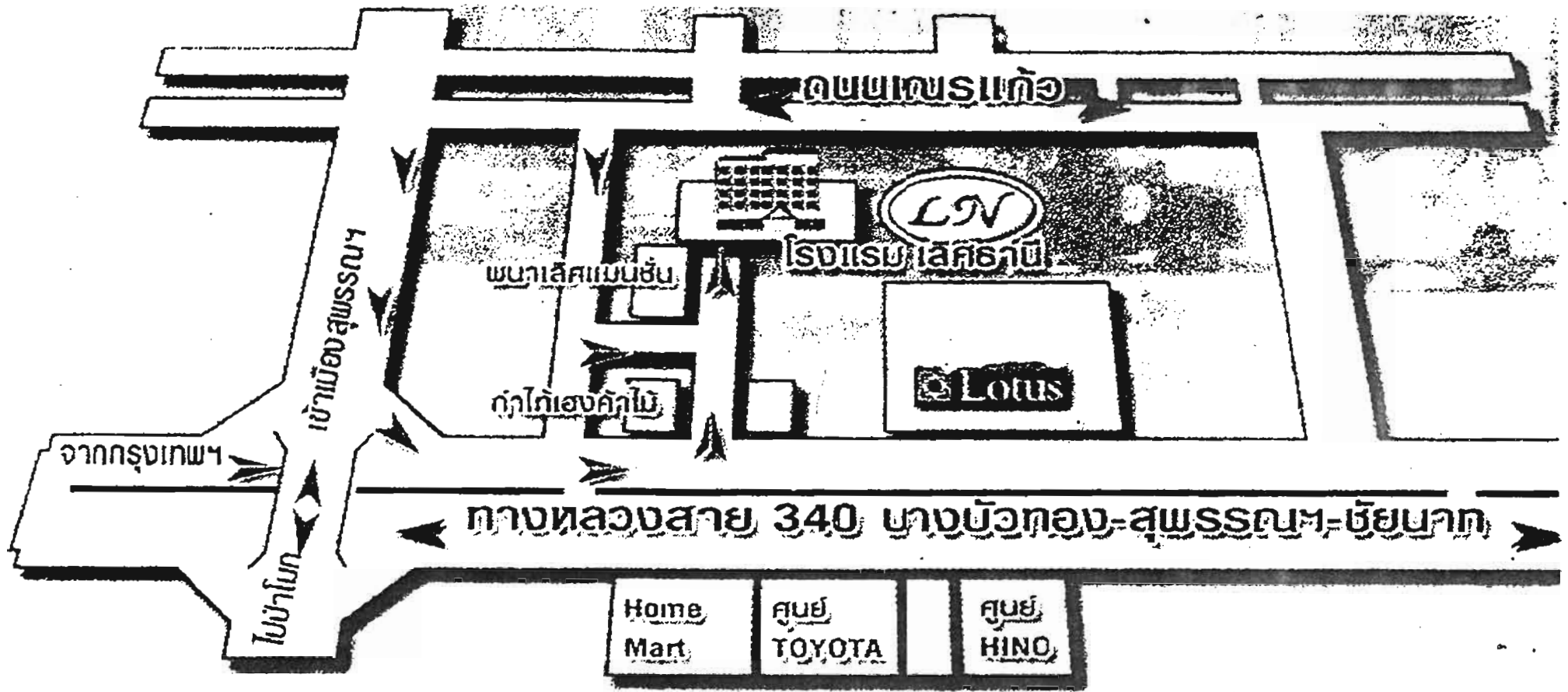


---

บริษัท สุพรรณพาณิชย์โฮปเมนท์ จำกัด 285/31 ม.5 ต.ท่าระหัด อ.เมือง จ.สุพรรณบุรี 72000

Tel: 035-525755-6 Fax: 035-525757 WWW.LERTTHANEE.COM E-mail: [lt\\_n\\_suphan@yahoo.com](mailto:lt_n_suphan@yahoo.com)





285/31 ม.5 ต.ท่าระหัด อ.เมืองฯ จ.สุพรรณบุรี 72000

โทร. 095-525755-6 FAX. 035-525757

Email : ltn\_suphan@yahoo.com

011: ๑๗๕๑๗๗



**แบบขอรับการสำรองห้องพัก โรงแรมโฆษะ ขอนแก่น**

ระหว่างวันที่ .....

ณ โรงแรมโฆษะ ขอนแก่น ถนนศรีจันทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

- 1.ชื่อ-สกุล..... พักคู่กับ ชื่อ-สกุล .....
- เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... เวลาเข้าพัก .....
- 2.ชื่อ-สกุล..... พักคู่กับ ชื่อ-สกุล .....
- เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... เวลาเข้าพัก .....
- 3.ชื่อ-สกุล..... พักคู่กับ ชื่อ-สกุล .....
- เข้าพักวันที่ ..... ออกวันที่ ..... เวลาเข้าพัก .....

หน่วยงาน .....

เบอร์โทร..... โทรสาร..... มีลโธ .....

- ห้องซูพีเรียร์พักเดี่ยว (Single Bed Superior) ราคา 1,200.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) จำนวน ..... ห้อง
- ห้องซูพีเรียร์พักคู่ (Twin Bed Superior) ราคา 1,200.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) จำนวน ..... ห้อง
- เตียงเสริม ราคา 650.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) \*เฉพาะ Deluxe และ Suite\* จำนวน ..... เตียง
- ห้องเดอลักซ์พักเดี่ยว (Single Bed Deluxe) ราคา 1,400.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) จำนวน ..... ห้อง
- ห้องเดอลักซ์พักคู่ (Twin Bed Deluxe) ราคา 1,400.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) จำนวน ..... ห้อง
- ห้องเอ็กเซคิวทีฟสวีท (Executive Suite) ราคา 3,000.-บาท/คืน (รวมอาหารเช้า) จำนวน ..... ห้อง
- ค่าบริการรถรับจากโรงแรมโฆษะขอนแก่น ส่ง สนามบินขอนแก่น ราคา 70.- / เที่ยว จำนวน .....

**\*\*กรุณาส่งแบบฟอร์มการสำรองห้องพักล่วงหน้ากลับมายัง \*\*แผนกสำรองห้องพัก โรงแรมโฆษะ ขอนแก่น**

โทร.043-320320 ต่อ 2074 คุณลักษณะว้จ ศรีประไพม (ฝ่ายสำรองห้องพัก) โทรสาร 043-39390/043-225013

**หมายเหตุ** การสำรองห้องพักจะสมบูรณ์ เมื่อท่านได้โอนเงินล่วงหน้าค่าห้องพัก 1 คืน ก่อนเข้าพัก การโอนเงินแล้ว

กรุณาส่ง Fax Pay In Slip (ใบนำฝาก) มที่เบอร์ Fax 043-389390/043-225013 ก่อนวันออกเดินทางล่วงหน้า 10 วัน

**เงื่อนไขการจองห้องพัก** กรุณาสำรองห้องพักล่วงหน้าอย่างน้อย 1 เดือน ถ้าหากมีการเปลี่ยนแปลงไปรอดังพนักงานล่วงหน้าอย่างน้อย 7 วัน

กรุณาโอนเงินส่งจ่าย ในนาม บริษัท โฆษะโฮเต็ลดีง จำกัด

ธนาคาร ไทยพาณิชย์	สาขา ใต้คอม	บัญชีออมทรัพย์	เลขที่บัญชี 9 5-212444-9
-------------------	-------------	----------------	-----------------------------

250-252 ซอยนแก่น 250-252 Srichan Rd, ซอยนแก่น จ.ขอนแก่น 4000

Tel: 043-320320 Ext. 2074 Fax: 043-389390/043-225013 E-mail: <http://www.kosahotel.com>

ธนาคาร	สาขา	บัญชี	เลขที่บัญชี
ไทยพาณิชย์	ใต้คอม	ออมทรัพย์	9 5-212444-9

250-252 ซอยนแก่น 250-252 Srichan Rd, ซอยนแก่น จ.ขอนแก่น 4000

Tel: 043-320320 Ext. 2074 Fax: 043-389390/043-225013 E-mail : <http://www.kosahotel.com>

