

แบบตอบรับการเข้าประชุมเชิงปฏิบัติการ  
โครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชนเขตเทศบาลนครและเทศบาลเมือง  
ด้วยกระบวนการกองทุนแม่ของแผ่นดิน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

กรุณาพิมพ์ หรือ เขียนด้วยตัวบรรจง  
สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....

| ลำดับ<br>ที่ | ชื่อ - สกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน                                 | หมายเลข<br>โทรศัพท์มือถือ |
|--------------|-------------|---------|--|---------------------------|
| ๑            |             |         | สนง.ส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น<br>จังหวัด |                           |
| ๒            |             |         | เทศบาลนคร.....                           |                           |
| ๓            |             |         | เทศบาลเมือง.....                         |                           |
| ๔            |             |         | เทศบาลเมือง.....                         |                           |
| ๕            |             |         | เทศบาลเมือง.....                         |                           |
| ๖            |             |         | ผู้แทนชุมชน.....                         |                           |
| ๗            |             |         | ผู้แทนชุมชน.....                         |                           |
| ๘            |             |         | ผู้แทนชุมชน.....                         |                           |
| ๙            |             |         | ผู้แทนชุมชน.....                         |                           |
| ๑๐           |             |         |  |                           |
| ๑๑           |             |         |  |                           |
| ๑๒           |             |         |  |                           |
| ๑๓           |             |         |  |                           |

หมายเหตุ ➤ ให้จังหวัดดำเนินการรวบรวมรายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ ตามแบบที่กำหนด

๑. ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ ภายในวันที่ ๑๔ สิงหาคม ๒๕๖๑ โดยจัดส่งได้ ดังนี้

๑.๑ e - mail : yasebtid@hotmail.com

๑.๒ ทางโทรสาร : ๐ - ๒๒๔๑ - ๙๐๐๐ ต่อ ๔๑๐๓ หรือ ๐ - ๒๒๔๑ - ๖๙๓๐

๒. ลงทะเบียนและเข้าพักในวันแรกของการฝึกอบรม ระหว่างเวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๓๐ น. ณ สถานที่จัดฝึกอบรม

๓. ประเภทอาหาร

๓.๑ อาหารทั่วไป จำนวน ..... คน

๓.๒ อาหารอิสลาม จำนวน ..... คน

๔. พิธีเปิด โปรดแต่งกายสุภาพ

๕. หากมีข้อสงสัยกรุณาติดต่อผู้ประสานงานโครงการ

นางชญาณิศ ใจหาญ เบอร์โทรศัพท์ ๐๙ - ๒๐๗๖ - ๑๒๘๔

นายเอกพล รัตนารณ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘ - ๒๒๒๑ - ๗๔๐๗