**แบบตอบรับ**

**โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาสถานศึกษาในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้**

**ประจำปี พ.ศ. 2562**

**ระหว่างวันที่ 29 เมษายน 2562 – 11 กรกฎาคม 2562**

**ณ โรงแรมสยามออเรียนทัล อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา**

**…………………………**

**1. ข้อมูลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น**

ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น............................................................................................................

อำเภอ.......................................................................จังหวัด...............................................................

**2. การตอบรับเข้ารับการอบรม (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞎)**

🞎 เข้ารับการอบรมได้

🞎 ไม่สามารถเข้ารับการอบรมได้ เนื่องจาก ........................................................................................

**3. รายชื่อผู้เข้ารับการอบรม**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **ตำแหน่ง** | **ชื่อศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก** | **รุ่นที่อบรม** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |

**4. ที่พัก (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞎)**

4.1 🞎 ไม่ประสงค์เข้าพัก ได้แก่ ลำดับที่............................................................................................

4.2 🞎 ประสงค์เข้าพัก ได้แก่ ลำดับที่ ..............................................................................................

4.3 🞎 ประสงค์พักเดี่ยว จำนวน ........... ห้อง **(หากประสงค์จะเข้าพักเดี่ยวต้องเสียค่าห้องพักเอง**

**ทั้งหมด)**

🞎 ประสงค์เข้าพักคู่ จำนวน ........... ห้อง

**หมายเหตุ** 1) เข้าพักที่โรงแรมสยามออเรียนทัล อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา เท่านั้น

2) ห้องพักเป็นห้องพักคู่ (2 คน)

3) กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจะจับคู่ห้องพักให้แก่ผู้เข้าร่วมงานเอง

**5. ประเภทอาหาร (โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง 🞎)**

🞎 ทั่วไป จำนวน............ท่าน 🞎 อิสลาม จำนวน............ท่าน

🞎 มังสวิรัติ จำนวน........ท่าน 🞎 เจ จำนวน ...........ท่าน

🞎 อื่น ๆ ...................................... จำนวน..............ท่าน

**6. ชื่อผู้ประสานงาน** ............................................................................................................................................

**ตำแหน่ง** ........................................................................**เบอร์มือถือ**...............................................................

**กรุณาส่งแบบตอบรับให้กองส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทั้งทางเอกสาร และทาง e-mail.: dla0816.4@gmail.com ภายในวันที่ 17 เมษายน 2562**

**หากมีข้อสงสัยโปรดติดต่อผู้ประสานงาน** : นางสาวอันชณา เลาะวิถี โทร. 086-9555861 หรือ 02-2419000 ต่อ 5343-5344