



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
รับเลขที่..... 128๑2
วันที่ 06 ส.ค. 2569

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์
๘๐๐ หมู่ที่ ๒๐ ตำบลนอกเมือง
อำเภอเมืองสุรินทร์ สร ๓๒๐๐๐

๕ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมโครงการฝึกอบรมภาษามือไทยขั้นพื้นฐานสำหรับหน่วยงานราชการ ประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ

จำนวน ๑ แผ่น

๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ

จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ ได้กำหนดจัดโครงการ
โครงการฝึกอบรมภาษามือไทยขั้นพื้นฐานสำหรับหน่วยงานราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙
ในระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙ ณ ห้องพลอยอินทนิล สวนปารีสอร์ท ตำบลเจนิยง อำเภอเมือง
สุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ โดยมีกลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานราชการจังหวัด
สุรินทร์ ที่ให้บริการคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมาย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง วิทยากร สามภาษามือ
และเจ้าหน้าที่ รวมจำนวน ๓๗ คน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์
จึงขอเชิญบุคลากรที่ปฏิบัติงานให้บริการคนพิการทางการได้ยินและสื่อความหมายในหน่วยงานของท่าน
เข้าร่วมโครงการฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว จำนวน ๑ คน ทั้งนี้ ขอความกรุณาส่งแบบตอบรับ
เข้าร่วมโครงการ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ไปยังศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุรินทร์ สำนักงานพัฒนาสังคม
และความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ surin.disability.center@gmail.com
ภายในวันอังคารที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรียน นน.รสา.สุรินทร์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นายประหยัด ต๊ะสุยะ

(นายประหยัด ต๊ะสุยะ)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์

จิตนา

นางสาวนิตยา หวังสุดดี

นักทรัพยากรบุคคลปฏิบัติการ

๗ ส.ค. ๖๙

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดสุรินทร์

โทร. ๐ ๔๔๕๑ ๓๑๔๘

โทรสาร ๐ ๔๔๕๑ ๓๑๔๙

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ surin.disability.center@gmail.com

☒ทราบ ☐อนุมัติ
☐ชอบ ☐ลงนามแล้ว
☐มอบ

(นายวุฒิชัย แป้นทอง)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

แจ้งท้าย

หนังสือจังหวัดสุรินทร์ ที่ สร ๐๐๐๕/ว ๗๑๓๒ ลว. ๕ สิงหาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมโครงการฝึกอบรมภาษามือไทยขั้นพื้นฐานสำหรับหน่วยงาน
ราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

๑. นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดสุรินทร์
๒. หัวหน้าสำนักงานจังหวัดสุรินทร์
๓. จัดหางานจังหวัดสุรินทร์
๔. ท้องเที่ยวและกีฬาจังหวัดสุรินทร์
๕. ท้องถิ่นจังหวัดสุรินทร์
๖. นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์
๗. พาณิชย์จังหวัดสุรินทร์
๘. แรงงานจังหวัดสุรินทร์
๙. สถิติจังหวัดสุรินทร์
๑๐. ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัดสุรินทร์
๑๑. ผู้อำนวยการสำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานสุรินทร์
๑๒. ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้จังหวัดสุรินทร์
๑๓. ผู้อำนวยการโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสุรินทร์
๑๔. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสุรินทร์
๑๕. ขนส่งจังหวัดสุรินทร์
๑๖. ประชาสัมพันธ์จังหวัดสุรินทร์
๑๗. ประกันสังคมจังหวัดสุรินทร์
๑๘. ผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัดสุรินทร์
๑๙. นายอำเภอเมืองสุรินทร์



แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ

โครงการฝึกอบรมภาษามือไทยขั้นพื้นฐานสำหรับหน่วยงานราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๙

ในระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๖ สิงหาคม ๒๕๖๙

ณ ห้องพลอยอินทนิล สวนปารีสอร์ท ตำบลเจียง อำเภอมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน/องค์กร.....

ที่อยู่.....

โทรศัพท์มือถือ.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Email :

☐ มอบหมายบุคลากรเข้าร่วม โครงการฯ ตามกำหนดดังกล่าวได้ จำนวน..... คน ดังนี้
๑. ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

☐ มอบหมายบุคลากรเข้าร่วม โครงการฯ ตามกำหนดดังกล่าวได้
เนื่องจาก.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

ลงวันที่.....

หมายเหตุ :

กรุณาส่งแบบตอบรับไปให้สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสุรินทร์ ภายใน
วันจันทร์ ที่ ๑๙ มกราคม ๒๕๖๙ ทาง Email : surin@m-society.go.th

ผู้ประสานงาน นายรพีภัทร ศรีไกรภักดิ์ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผน
โทร ๐ ๔๔๕๕ ๙๔๐๘-๙ มือถือ ๐๙๑-๘๓๒๔๙๑๘ ID Line



