



ที่ ขย ๐๐๒๓.๑/๕๖๐๑

ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ
ถนนบรรณาการ ขย ๓๖๐๐๐

๑๑ เมษายน ๒๕๖๑

เรื่อง โครงการอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มทักษะแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงานของบุคลากร
ในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และนายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ

อ้างถึง หนังสือจังหวัดชัยภูมิ ที่ ขย ๐๐๒๓.๑/๑๖๑๕๔ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับลงทะเบียน รุ่นที่ ๗ (ครู และ ครูผู้ดูแลเด็ก) จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่จังหวัดชัยภูมิ ได้จัดทำโครงการอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มทักษะแลกเปลี่ยนประสบการณ์
การปฏิบัติงานของบุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ
พ.ศ. ๒๕๖๑ จำนวน ๑๒ รุ่น รายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

เพื่อให้การดำเนินโครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ ในห้วงเดือน พฤษภาคม ๒๕๖๑
ได้กำหนดการอบรมฯ รุ่นที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๔ - ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องประชุมเทพสถิต
โรงแรมชัยภูมิปาร์ค ตำบลบ้านเล่า อำเภอเมืองชัยภูมิ กลุ่มเป้าหมาย ครู และ ครูผู้ดูแลเด็ก ที่ปฏิบัติหน้าที่
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ดังนั้น ขอความร่วมมือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดส่งบุคลากรตามกลุ่มเป้าหมาย เข้ารับ
การอบรมสัมมนาฯ ตามกำหนดดังกล่าว โดยแจ้งรายชื่อและชำระค่าลงทะเบียน คนละ ๒,๒๐๐ บาท
(สองพันสองร้อยบาทถ้วน) ภายในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๑ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ สำหรับอำเภอให้แจ้งเทศบาลตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล
ในพื้นที่เพื่อดำเนินการด้วย

ขอแสดงความนับถือ

ทรง

(นายณรงค์ วุ่นซิ้ว)

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

ฝ่ายบริหารทั่วไป

โทร. ๐-๔๔๘๒-๒๒๐๓

แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการอบรมสัมมนาเพื่อเพิ่มทักษะแลกเปลี่ยนประสบการณ์การปฏิบัติงาน
ของบุคลากรในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดชัยภูมิ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑

รุ่นที่ ๗ ระหว่างวันที่ ๔ - ๕ พฤษภาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องประชุมเทพสถิต โรงแรมชัยภูมิปาร์ค ตำบลบ้านเล่า อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ
กลุ่มเป้าหมาย ครูและครูผู้ดูแลเด็ก ที่ปฏิบัติหน้าที่ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ค่าลงทะเบียน คนละ ๒,๒๐๐ บาท (สองพันสองร้อยบาทถ้วน)

๑. ชื่อหน่วยงาน (อบจ./เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล).....
อำเภอ.....จังหวัดชัยภูมิ
๒. ผู้เข้าร่วมโครงการอบรมสัมมนา
- ๒.๑ ชื่อ..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
- ๒.๒ ชื่อ..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
- ๒.๓ ชื่อ..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
- ๒.๔ ชื่อ..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....
- ๒.๕ ชื่อ..... นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
เบอร์โทรศัพท์.....

(ลงชื่อ)

ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่...../...../.....

หมายเหตุ ๑. ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมประชุมให้ฝ่ายบริหารทั่วไป ภายในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๑

ทางอีเมล: ratchanok08@hotmail.com หรือโทรสาร หมายเลข ๐-๔๔๘๒-๒๒๐๓

หรือไลน์กลุ่ม ผู้บริหารท้องถิ่น , ปลัด อบท.ชัยภูมิ (รีชนก ๐๖๕-๓๑๙-๘๒๑๗)

๒. การแต่งกาย ชุดสุภาพ

๓. ค่าลงทะเบียนให้เบิกจ่ายจากงบประมาณของ อบท.โดยนำไปชำระเงินที่กลุ่มงานการเงิน
บัญชีและการตรวจสอบ สด.จ.ชัยภูมิ ภายในวันที่ ๒๓ เมษายน ๒๕๖๑ โดยสั่งจ่ายเป็นเช็ค

ในนาม “ค่าใช้จ่ายฝึกอบรมสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิ” และ

ดำเนินการโอนเงินค่าลงทะเบียนเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน) สาขาชัยภูมิ

เลขที่บัญชี ๓๐๗-๖-๐๖๖๔๗-๑ ประเภทกระแสรายวัน หาก อบท.ได้ออนเงินแล้วให้แฟกซ์

ใบโอนเงิน (Slip pay-in) ไปที่หมายเลข ๐-๔๔๘๑-๓๒๕๗ หรือ ๐-๔๔๘๑-๓๒๕๘