

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี
เลขที่ 0180
วันที่ 3 ก.พ. 60
เวลา 13.30



มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร
เลขที่ 0660
วันที่ 30 ม.ค. 2560
เวลา 13.38 น.

ที่ พม ๐๔๐๗/ ๗๖๕๑

ถึง ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ มหาวิทยาลัย และองค์การมหาชน

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดจัดอบรมเตรียมตัวก่อนเกษียณบุคลากรภาครัฐ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ประจำปี ๒๕๖๐ ตามโครงการเตรียมความพร้อมประชากรผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรภาครัฐมีความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านต่างๆ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ จำนวน ๖ รุ่น ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี ดังนี้

- รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

กรมกิจการผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญหน่วยงานท่านจัดส่งบุคลากร อายุระหว่าง ๕๐ - ๖๐ ปี เข้าร่วมอบรมดังกล่าวโดยมีค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๘๘๘ บาท ซึ่งสามารถเบิกจ่ายจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และขอความกรุณาส่งแบบแสดงความจำนงค์เข้าร่วมสัมมนาทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙, ต่อ ๓๐๕, ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓ หรือทางอีเมล kriroek@hotmail.com, pinnarath1932@hotmail.com ภายในวันและเวลาที่กำหนดแต่ละรุ่นด้วย จักขอบคุณยิ่ง



ขอ...
☐ ...
☒ ...
☐ ...
- ๑/๑๖/๖๐ ก.พ.
- ๑๐
- ๑๗/๖๐ ก.พ.

กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

โทร./โทรสาร ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙ ต่อ ๓๐๕

30 ม.ค. 60

30 ม.ค. 60

11 ม.ค. 60
4 ม.ค. 60

คำสั่ง

- 11 ม.ค. 60
- ๓๐ ม.ค. 60

31 ม.ค. 60

๑๖ ม.ค.
สแกนลงแล้ว

ที่ ๒ ก.พ. 2560

แบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา
โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๐
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอหมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
เกิด/เดือน/ ปีเกิด.....
ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....
กระทรวง.....
ที่อยู่หน่วยงาน.....
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....

รุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา

- ☐ รุ่นที่ ๑ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๒ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๓ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๔ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๕ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- ☐ รุ่นที่ ๖ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

โรคประจำตัว.....กริปเลือด.....แพ้ยา.....
ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....
เกี่ยวข้องเป็น.....

การเดินทาง

☐ เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้ ☐ เดินทางไปด้วยตนเอง

การจองห้องพัก

☐ พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่น
อัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน

☐ พักคู่

กรณีพักคู่ ท่านมีความประสงค์

☐ ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

☐ ขอพักคู่กับ.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลเพิ่มเติม

๑. ลงทะเบียนวันเดินทาง ณ บริเวณอาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก
เขตดุสิต กรุงเทพฯ ระหว่างเวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

๒. กรณีเดินทางไปกลับศูนย์ฯ มิชชั่นจัดให้มีรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาล
มิชชั่น เวลาประมาณ ๑๒.๓๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว
(หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้น
สังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการสัมมนาฯ เป็นการตกลง
ค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มีชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

๖. ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา และสำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียนทางโทรสาร
พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรมให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙
ต่อ ๓๐๕, หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓,๐๖ ๓๕๙๕ ๔๖๕๓ หรือทางอีเมล krioek@hotmail.com,
pinnarath1932@hotmail.com

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี

ว่าที่ ร.ต.ปิ่นนเรศร์ นารณกรกิจ