



เลขรับ ๒๖๘๐/๒๗
วันที่ 12 ก.ย. ๖๕
เวลา

ที่ ขย ๐๐๐๕/ว๑๑๒๔๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคง
ของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ขย ๓๖๐๐๐

๘ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการสรุปทเรียนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ
ประจำปี ๒๕๖๕

เรียน นายทงต์ ทรนรินทร์ ส่วนเก็บค่าน้ำไร่

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ กำหนดจัดประชุมโครงการ
สรุปทเรียนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี ๒๕๖๕ เพื่อสรุป
บทเรียนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๕
ภายใต้แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัด ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๐ - ๒๕๖๕ ในวันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕
เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมจามจุรี โรงแรมสยามริเวอร์ รีสอร์ท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ
จังหวัดชัยภูมิ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ ขอเชิญท่านหรือผู้แทนที่รับผิดชอบ
แผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ จำนวน ๑ คน เข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวและขอความร่วมมือ
ส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail tgmpoject2012@gmail.com หรือ
โทรสาร ๐-๔๔๐๕-๖๕๕๔ ภายในวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นายสงวน สุธรรม)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ

เรียน นายทงต์ ทรนรินทร์

เพื่อโปรดทราบ
แจ้ง.....

เห็นควรพิจารณาดำเนินการต่อไป

(นางสาววสันดา จังโกฏี)
เจ้าพนักงานธุรการ ชำนาญงาน

จ.อ.

(ธนุดี พิงกุศล)

หัวหน้าสำนักปลัด

(นายศุภกฤษ ฐานเจริญ)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านไร่

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ

โทร ๐๔๔-๐๕๖๕๕๐ ต่อ ๑๐๓ - ๑๐๕

โปรดส่งสาร

(นายสมคิด สัตถาวรวัฒน์)

1๖๗๗๖๗ ๑๐๕๕๖๖

นายกรณิศ เขตจันทัก

กำหนดการ

โครงการสรุปทเรียนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี ๒๕๖๕

วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมจามจุรี โรงแรมสยามริเวอร์ รีสอร์ท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

| | | |
|------|------------------|---|
| เวลา | ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น. | ลงทะเบียน |
| เวลา | ๐๙.๐๐ - ๑๐.๐๐ น. | บรรยาย“เป้าหมายการขับเคลื่อนแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดฉบับที่ ๓ พ.ศ.๒๕๖๐-๒๕๖๕” โดย นายสงวน สุธรรม พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๐.๐๐ - ๑๐.๓๐ น. | กล่าวเปิดงาน โดย นายไกรสร กองฉลาด ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๐.๓๐ - ๑๑.๓๐ น. | บรรยาย “ระบบการขอรับเงินสนับสนุนและการรายงานผลโครงการ กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ” โดย พนักงานกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๑.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. | การแบ่งกลุ่มสรุปทเรียนผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ด้วยกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) จำนวน ๕ กลุ่ม โดย วิทยากรจัดกระบวนการกลุ่ม จาก พนักงานกองทุนส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ และเครือข่าย ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. | รับประทานอาหารกลางวัน |
| เวลา | ๑๓.๐๐ - ๑๕.๓๐ น. | การแบ่งกลุ่มสรุปทเรียนผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ด้วยกระบวนการระดมสมอง (Brainstorming) จำนวน ๕ กลุ่ม โดย วิทยากรจัดกระบวนการกลุ่ม จาก พนักงานกองทุนส่งเสริมและพัฒนา คุณภาพชีวิตคนพิการ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ และเครือข่าย ศูนย์บริการคนพิการทั่วไป จังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๕.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. | บรรยาย บทเรียนและผลการดำเนินงานปีงบประมาณ ๒๕๖๕ ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนแผนไปสู่การปฏิบัติต่อไปในอนาคต โดย ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ |
| เวลา | ๑๖.๓๐ - ๑๗.๐๐ น. | สรุป/แลกเปลี่ยน และปิดการประชุม |

หมายเหตุ ๑. กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม

๒. รับประทานอาหารว่างมือเช้า เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.

๓. รับประทานอาหารว่างมือบ่าย เวลา ๑๕.๓๐ - ๑๕.๔๕ น.

แบบตอบรับ

โครงการสรุปทเรียนผลการดำเนินงานตามแผนพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการจังหวัดชัยภูมิ ประจำปี ๒๕๖๕

วันที่ ๑๔ กันยายน ๒๕๖๕

ณ ห้องประชุมจามจุรี โรงแรมสยามริเวอร์ รีสอร์ท ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ

หน่วยงาน.....

สามารถเข้าร่วม

โดยส่งชื่อผู้เข้าร่วม

ชื่อ-สกุล (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ประเภทความพิการ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์..... E-mail:

ไม่สามารถเข้าร่วม เนื่องจาก.....

หมายเหตุ

๑. กรุณาส่งแบบตอบรับกลับ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชัยภูมิ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดชัยภูมิ ภายในวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๖๕ ทางหมายเลข โทรสาร ๐-๔๔๐๕-๖๕๕๔

หรือ Email tgmproject2012@gmail.com

๒. ขอความกรุณาเตรียมสำเนาบัตรประชาชน/บัตรข้าราชการ เพื่อประกอบการเบิกจ่ายค่าพาหนะเดินทางประชุม ตามเกณฑ์ที่โครงการกำหนดไว้