

๑๗. / สวัสดิการฯ

*[Handwritten signature]*



เลขที่รับ.....	2273
วันที่.....	14 ต.ค. 61
เวลา.....	17.04

ที่ รย ๐๐๐๕/ว พง๖๕

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์  
จังหวัดระยอง ศาลากลางจังหวัดระยอง รย ๒๑๑๕๐

๒๖ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญร่วมโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต  
คนพิการ ประจำปี ๒๕๖๑

เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาลตำบลช้าว

- |                  |                            |              |
|------------------|----------------------------|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. กำหนดการประชุม          | จำนวน ๑ ชุด  |
|                  | ๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม | จำนวน ๑ ฉบับ |

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง กำหนดจัดประชุม  
ตามโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการของกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคน  
พิการ ประจำปี ๒๕๖๑ ในวันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑ ณ ห้องสร้อยทอง โรงแรมโกลเด้นท์ซีดีระยอง อำเภอ  
เมือง จังหวัดระยอง เพื่อส่งเสริมความเข้าใจการใช้บริการของกองทุน ให้ทราบการดำเนินงาน รูปแบบ  
วิธีการการให้บริการและหน่วยรับคำขอ ตลอดจนความรู้ความเข้าใจในระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง จึงขอเรียนเชิญท่านหรือผู้  
ได้รับมอบหมายเข้าร่วมประชุม ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น และกรุณาแจ้งรายชื่อตามแบบตอบรับ  
ให้ทราบภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๑ ตามรายละเอียดที่แนบ

เรียน

ขอเชิญเรียนมาเพื่อพิจารณา  
เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ  
ในการใช้บริการกองทุนส่งเสริม  
และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
ประจำปี ๒๕๖๑

ขอแสดงความนับถือ

*[Handwritten signature]*

(นางดารารัตน์ แก้วสลับสี)

- จังหวัดระยอง เพื่อโครงการ/พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง

*[Handwritten signature]*  
นาง. อพว. ๕๖๓

16 ต.ค. ๖๑  
- พง. ระยอง

*[Handwritten signature]*  
ผู้อำนวยการบริหาร  
สำนักงานธุรการ

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด  
โทรศัพท์ ๐ ๓๘๖๙ ๔๐๗๓ ต่อ ๓  
โทรสาร ๐ ๓๘๖๙ ๔๐๑๖  
E-mail : rayong@m-society.go.th

*[Handwritten signature]*  
นางสาวราย จินดารัตน์  
หัวหน้าสำนักปลัด  
๑๗/๗.๖๑

*[Handwritten signature]*

นายวินัย รัตนวิจิตร  
ปลัดเทศบาล

*[Handwritten signature]*

นายสมชัย ทรวงคิน  
นายกเทศมนตรีตำบลช้าว

กำหนดการ

ประชุมโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการกองทุนส่งเสริมและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๑

วันที่ ๘ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๑

ณ..ห้องสัร่อยทอง โรงแรมโกลเด้นท์ซีดีระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง.

\*\*\*\*\*

- |                        |   |
|------------------------|---|
| เวลา ๐๘.๐๐น -๐๙.๐๐น.   | ลงทะเบียน   |
| เวลา ๐๙.๐๐น -๐๙.๓๐น.   | พิธีเปิดการประชุมโครงการ<br>โดย นางดารารัตน์ แก้วสลัปสี<br>พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง   |
| เวลา ๐๙.๓๐น - ๑๑.๐๐น.  | การบรรยาย “สิทธิและสวัสดิการของคนพิการ ตามพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนา<br>คุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๐ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๖<br>โดย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด |
| เวลา ๑๑.๐๐น -๑๒.๐๐น.   | การบรรยาย “กองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการและ<br>การให้บริการ”<br>โดย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด   |
| เวลา ๑๒.๐๐น -๑๓.๐๐ น.  | รับประทานอาหารกลางวัน   |
| เวลา ๑๓.๐๐น- ๑๔.๓๐ น.  | การบรรยาย “แนวทางการให้บริการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพคนพิการ”<br>โดย เจ้าหน้าที่ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด  |
| เวลา ๑๔.๓๐ น -๑๖.๓๐ น. | การบรรยาย “ความรู้เกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องที่คนพิการควรทราบ”<br>โดย นิติกร ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด  |

\*\*\*\*\*

หมายเหตุ พักรับประทานอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่ม เวลา ๑๐.๓๐ น. และ ๑๔.๓๐ น

แบบตอบรับ

ประชุมโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจการใช้บริการกองทุนส่งเสริมและ

พัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ประจำปี ๒๕๖๑

วันที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๑

ณ ห้องสร้อยทอง โรงแรมโกลเด้นซิตี ระยอง อำเภอเมือง จังหวัดระยอง

เทศบาล/อบต./องค์กร .....

ขอส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน .....คน ดังนี้

๑. ชื่อ- นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์ /มือถือ.....

๒. ชื่อ- นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ที่อยู่.....โทรศัพท์ /มือถือ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

- หมายเหตุ - กรุณาส่งแบบตอบรับไปที่ สนง.พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดระยอง โทรสาร ๐-๓๘๖๙-๕๐๑๖ หรือ E-mail: dscofrayong@gmail.com ภายในวันที่ ๗ สิงหาคม ๒๕๖๑
- สนง.พมจ.ระยอง รับผิดชอบค่าพาหนะเดินทาง ไป- กลับ สำหรับผู้เข้าร่วมประชุม ตามระเบียบหลักเกณฑ์ของทางราชการ