

ที่ มท ๐๘๐๗.๓/ว ๑๐๔



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐

๑๖ มกราคม ๒๕๕๘

เรื่อง ขอเชิญเข้ารับการฝึกอบรม

เรียน นายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (ตามบัญชีรายชื่อ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. บัญชีรายชื่อผู้เข้ารับการฝึกอบรม	จำนวน ๑ ชุด
	๒. แบบใบโอนเงินค่าลงทะเบียน	จำนวน ๑ ชุด
	๓. เอกสารการเตรียมตัว	จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กำหนดจัดฝึกอบรมบุคลากรท้องถิ่น หลักสูตร นักบริหารงานสาธารณสุข รุ่นที่ ๑๙ ระหว่างวันที่ ๒๐ เมษายน - ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๕๘ ณ สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น ถนนพหลโยธิน (ซอยคลองหลวง ๘) ตำบลคลองหนึ่ง อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี เพื่อพัฒนาศักยภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะ ทักษะคิดที่จำเป็นในการปฏิบัติงานตามบทบาทอำนาจหน้าที่ และภารกิจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า (...ตามบัญชีรายชื่อที่แนบ...) เป็นผู้มีความสมบัติเหมาะสมที่จะเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าว จึงขอความร่วมมือแจ้งให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ชำระเงินค่าลงทะเบียนการฝึกอบรม ๓๒,๓๐๐ บาท (สามหมื่นสองพันสามร้อยบาทถ้วน) ที่ธนาคารกรุงไทยทุกสาขา ตามแบบที่ส่งมาพร้อมนี้ ชำระเงินภายในก่อนวันจันทร์ที่ ๖ เมษายน ๒๕๕๘ โดยธนาคารจะออก "ใบรับชำระค่าสาธารณูปโภคและค่าบริการ" ใช้แทนใบเสร็จรับเงิน ซึ่งได้รับอนุมัติตามหนังสือกรมบัญชีกลาง ด่วนที่สุด ที่ กค ๐๔๒๗/๐๓๘๗๒ ลงวันที่ ๒๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๒ ทั้งนี้ผู้ชำระเงินค่าลงทะเบียนก่อน จะได้รับการพิจารณาคัดเลือก ให้เข้ารับการฝึกอบรมตามลำดับ

๒. ให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรม รายงานตัวพร้อมหนังสือส่งตัว ณ สถานที่ฝึกอบรม ในวันจันทร์ที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๕๘ เวลา ๐๗.๐๐ - ๐๘.๐๐ น. โดยแต่งเครื่องแบบสีกากีคอพับแขนยาว

ทั้งนี้สามารถสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมและแจ้งยืนยันการเข้าอบรมได้ที่ นายวินัย สาดพิก ส่วนนโยบายและแผนการฝึกอบรม โทร.๐๘ ๐๖๗๘ ๐๑๘๕ หรือนายอนุวา สาและ โทร. ๐๘ ๐๖๗๘ ๐๑๘๒ และสามารถตรวจสอบข้อมูลหลักสูตรได้ที่ www.lpdg.go.th

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสมดี คชายังยืน)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น
ส่วนนโยบายและแผนการฝึกอบรม
โทร ๐-๒๕๑๖-๔๐๘๐ ต่อ ๑๕๒

พื้นที่ว่างสำหรับติดสำเนาเอกสารรับชำระเงินจาก



ใบแจ้งการชำระเงินค่าเข้าร่วมอบรม สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ชื่อหลักสูตร ..นักบริหารงานสาธารณสุข..... รุ่น .. 19 ..

ชื่อ - สกุลผู้เข้ารับการ

ตำแหน่งผู้เข้ารับการ

ชื่อหน่วยงาน :

อำเภอ จังหวัด :

จำนวนเงินค่าเข้าร่วม 32,300.00 บาท (สามหมื่นสองพันสามร้อยบาทถ้วน).....



แบบฟอร์มการชำระเงินผ่านธนาคาร ส่วนของธนาคาร



สาขา.....

วันที่.....

Company Code : 9397 สถาบันพัฒนาบุคลากรท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

ชื่อหลักสูตร ..นักบริหารงานสาธารณสุข.....

รหัสหลักสูตร - รหัสรุ่น : (Ref. No.1)

3	0	6	0	1	9
---	---	---	---	---	---

รหัสหลักสูตร รหัสรุ่น

ชื่อ - สกุลผู้เข้ารับการ

รหัสหน่วยงาน : (Ref. No.2)

--	--	--	--	--	--	--	--

รหัส อบจ./ เทศบาล / อบต.

Ref. No.3 :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

จำนวนเงินค่าเข้าร่วมอบรม (ตัวเลข) .. 32,300.00 บาท.....

จำนวนเงินค่าเข้าร่วมอบรม สามหมื่นสองพันสามร้อยบาทถ้วน.....

ลงชื่อ ผู้นำ

โทรศัพท์ ผู้นำ

- ทางสถาบันได้ตกลงกับธนาคารกรุงไทยแล้ว ให้ชำระค่าธรรมเนียมการโอน 10 บาท เท่านั้น

- กรณีโอนเงินค่าอบรมก่อนเปิดอบรม 15 วัน