

ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว ๕๕๖



ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล  
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล  
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๘ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุญาตรื้อถอนและร่วมบริจาคโครงการวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี  
การศึกษา ๒๕๖๕

เรียน .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการร่วมบริจาคงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล กำหนดจัดกิจกรรม ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ  
โครงการวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ วันพุธที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖  
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล เพื่อสร้างขวัญและกำลังใจให้เด็กพิการในการพัฒนาศักยภาพ  
มีพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ในสังคมเปิดโอกาสให้เด็กพิการและครอบครัวได้รับโอกาสทางสังคม  
เปิดพื้นที่ให้เด็กพิการได้เข้าร่วมกิจกรรม มอบความสุขและสร้างรอยยิ้มให้เด็กพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป  
หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของเด็กพิการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล  
ช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ

ในการนี้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงใคร่ขออนุญาตมายังท่าน  
เพื่อร่วมสนับสนุนของขวัญ หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี  
การศึกษา ๒๕๖๕ ในวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น หากท่านมีความประสงค์ให้การสนับสนุน  
กรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงาน นายชาจรุตดิน ลามาอัน(ครูบ่าว) เบอร์โทรศัพท์  
๐๘๓ - ๑๘๓๖๔๘๒ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๖๖ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณา  
อนุเคราะห์จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุจิตรา ชวง์โชติ)

รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

แบบตอบรับ

การร่วมสนับสนุน กิจกรรม ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ โครงการวันเด็กพิการจังหวัดสตูล

ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

วันที่ ๒๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

ชื่อ - สกุล .....

หน่วยงาน ..... ที่อยู่ .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ให้ ✓ ในช่อง  เพื่อแจ้งความประสงค์เข้าร่วม

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

ของขวัญ/ของรางวัล จำนวน.....ชิ้น เป็นเงิน.....บาท

สนับสนุนงบประมาณ เป็นเงิน.....บาท

เลี้ยงอาหาร

เงินสด จำนวน ..... บาท

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสตูล จำนวนเงิน ..... บาท

ชื่อบัญชี เงินบริจาคศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

เลขที่บัญชี 910-0-44920-2

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

**หมายเหตุ**

สามารถส่งแบบตอบรับทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔ หรือ e-mail : satunsec@gmail.com

ประสานงาน นายชาญุดดิน ลามออัน (ครูบัว) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓-๑๘๓๖๔๘๒

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com