



ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว ๖๕๘

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนและร่วมบริจาคโครงการวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖

เรียน สีกัดทลลิ่งวิทวิโกลลลลล สักทลลล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการร่วมบริจาคงานวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล กำหนดจัดกิจกรรม **ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ**
โครงการวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖
วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล เพื่อสร้างขวัญ
และกำลังใจให้เด็กพิการในการพัฒนาศักยภาพ มีพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ในสังคมเปิดโอกาสให้เด็กพิการ
และครอบครัวได้รับโอกาสทางสังคม เปิดพื้นที่ให้เด็กพิการได้เข้าร่วมกิจกรรม มอบความสุขและสร้างรอยยิ้ม
ให้เด็กพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญ
ของเด็กพิการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการให้สามารถอยู่ร่วม
ในสังคมได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ นั้น

ในการนี้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่าน
เพื่อร่วมสนับสนุนของขวัญ หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดงานวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖ ในวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น หากท่านมีความประสงค์
ให้การสนับสนุนกรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงาน นางอาทิตยา เล็งเจ๊ะ (ครูนุ่น) เบอร์โทรศัพท์
๐๘๑ - ๔๓๑๑๒๐๒ ตั้งแต่บัดนี้ถึงวันที่ ๕ มกราคม ๒๕๖๗ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาอนุเคราะห์
จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นายพรชัย ก้างสวย)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

ศูนย์นายวิทวิโกลลลล ๐๑๗-๐๕ ๘๕๖ ๒๖ (ครูสุวิลา) ๐๘๖-๑๙๔๖๒๖ (ครูสุวิลา) ๐๙๕-๐๔๒๗๗๔ (ครูสุวิลา)

แบบตอบรับ
การร่วมสนับสนุน กิจกรรม ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ โครงการวันเด็กพิการ
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๖
วันพฤหัสบดีที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๗
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

ชื่อ - สกุล
หน่วยงาน ที่อยู่
เบอร์โทรศัพท์.....

ให้ ในช่อง เพื่อแจ้งความประสงค์ร่วมสนับสนุน

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

- ของขวัญ/ของรางวัล จำนวน.....ชิ้น เป็นเงิน.....บาท
 สนับสนุนงบประมาณ เป็นเงิน.....บาท
 เลี้ยงอาหาร

รายการอาหารที่เลี้ยง

- 1.....
2.....
3.....

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 หรือ
ประสานงาน นางอาทิตย์า เล็งเจ๊ะ (ครูนุ่น) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๓๑๑๒๐๒

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com