ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว๕๕๙

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๒

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนและร่วมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓

เรียน ผู้อำนวยการบริษัท ห้างหุ้นส่วน จำกัด สตูลเจริญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบตอบรับการร่วมบริจาคงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล
ประจำปี ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. กำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล กำหนดจัดกิจกรรมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓ ในวันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้เด็กพิการในการพัฒนาศักยภาพ มีพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ในสังคม เปิดโอกาสให้เด็กพิการและครอบครัวได้รับโอกาสทางสังคม เปิดพื้นที่ให้เด็กพิการได้เข้าร่วมกิจกรรม มอบความสุขและสร้างรอยยิ้มให้เด็กพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของเด็กพิการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ

ในการนี้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่าน เพื่อร่วมสนับสนุนของขวัญ อาหาร หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓ และขอเชิญเข้าร่วมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓ ในวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น หากท่านมีความประสงค์ให้การสนับสนุนกรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงาน ครูซารุดดีน ลามาอัน(ครูบ่าว) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓-๑๘๓๖๔๖๒ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นายสัญญา ศรีสัยยาสน์)
ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มบริหารทั่วไป
โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓ โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

ครูซารุดดีน ลามาอัน ครูชำนาญการ หน่วยบริการสตูล
โทร 083-1916343

แบบตอบรับ

การร่วมสนับสนุนกิจกรรมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๓
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
วันพุธที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๓
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

.....

ชื่อ – สกุล .....

หน่วยงาน ..... ที่อยู่ .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ให้ ✓ ในช่อง ☐ เพื่อแจ้งความประสงค์เข้าร่วมงาน

☐ ร่วมงาน จำนวน ..... คน

☐ ไม่สามารถเข้าร่วมงานได้

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

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

☐ สนับสนุนงบประมาณ เป็นเงิน.....บาท

○ เงินสด จำนวน ..... บาท

○ โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสตูล จำนวนเงิน ..... บาท

ชื่อบัญชี เงินบริจาคศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

เลขที่บัญชี 910-0-44920-2

☐ สนับสนุนอาหาร จำนวน.....กล่อง เป็นเงิน.....บาท

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>หมายเหตุ</u>

สามารถส่งแบบตอบรับทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔ หรือ e-mail : satunsec@gmail.com
ประสานงาน **ครูซารุดดีน ลามาอัน(ครูบ่าว)** เบอร์โทรศัพท์ **๐๘๓-๑๘๓๖๔๖๒**