



ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว ๕๒๓

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล  
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล  
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง กิจกรรมส่งมอบของขวัญเนื่องในวันเด็กพิการ ประจำปี ๒๕๖๔

เรียน ..... ผู้ปกครอง นริมาจิ ศรีไค้กอมร จากัด สาขา สตูล ๑ .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบตอบรับการร่วมบริจาคสนับสนุนของขวัญ จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. กำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ได้กำหนดจัดกิจกรรมงานวันเด็กพิการ จังหวัดสตูล ในทุกๆ ปี เพื่อมอบความสุข สร้างรอยยิ้มให้เด็กพิการและครอบครัว เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดต่อเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ (COVID-๑๙) ที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา และมีโอกาสจะแพร่ขยายในวงกว้างไม่สามารถคาดคะเนความรุนแรงการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-๑๙) ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพและความปลอดภัยของนักเรียน ผู้ปกครอง และผู้มาร่วมงานเป็นสำคัญ จึงขอยกเลิกการจัดงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปี ๒๕๖๔ โดยจะเปลี่ยนเป็นกิจกรรมการส่งมอบของขวัญเพื่อสร้างรอยยิ้มและความสุขให้ถึงมือเด็กพิการเป็นรายบุคคลเนื่องในวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๔

ในการนี้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่านสนับสนุนของขวัญ หรืองบประมาณ เพื่อใช้จัดซื้อและจัดหาของขวัญและส่งมอบของขวัญให้ถึงมือเด็กพิการเนื่องในวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๔ หากท่านมีความประสงค์ในการสนับสนุน กรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงานนายชารุดติน ลามออัน (ครูบัว) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓-๑๘๓๖๔๘๒ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไปหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นายกฤษณา แก้วประดับ)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓ โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

แบบตอบรับ

การร่วมสนับสนุนของขวัญและเงินสนับสนุนเพื่อส่งมอบความสุข  
ให้กับเด็กพิการทั้งจังหวัดสตูลเนื่องในวันเด็กแห่งชาติ ประจำปี ๒๕๖๔

ชื่อ - สกุล .....

หน่วยงาน ..... ที่อยู่ .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

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

สนับสนุนงบประมาณ เป็นเงิน.....บาท

เงินสด จำนวน ..... บาท

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสตูล จำนวนเงิน ..... บาท

ชื่อบัญชี เงินบริจาคศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

เลขที่บัญชี ๙๑๐-๐-๔๔๙๒๐-๒

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

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

ประสานงาน นายชารุดดีน ลาม่าอัน(ครูบัว) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓-๑๘๓๖๔๘๒

## กำหนดการ

กิจกรรมส่งมอบของขวัญเพื่อน้องเนื่องในวันเด็กพิการ ประจำปี ๒๕๖๔

| วันเดือนปี     | เวลา             | สถานที่  |
|----------------|------------------|--|
| ๑๑ มกราคม ๒๕๖๔ | ๐๘.๓๐น.- ๑๖.๐๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการทุ่งหว้า |
| ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔ | ๐๘.๓๐น.- ๑๖.๐๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการละงู     |
| ๑๓ มกราคม ๒๕๖๔ | ๐๘.๓๐น.- ๑๖.๐๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการมะนัง    |
|                | ๑๓.๐๐น.- ๑๖.๓๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการควนกาหลง |
| ๑๔ มกราคม ๒๕๖๔ | ๐๘.๓๐น.- ๑๖.๐๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการควนโดน   |
|                | ๑๓.๐๐น.- ๑๖.๓๐น. | ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล<br>หน่วยบริการฉลุง     |
| ๑๕ มกราคม ๒๕๖๔ | ๐๘.๓๐น.- ๑๖.๐๐น. | ลงพื้นที่ส่งมอบของขวัญให้กับเด็กพิการที่บ้านและชุมชนอำเภอเมือง                         |

หมายเหตุ เวลาอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม