

แบบตอบรับ  
การร่วมสนับสนุน กิจกรรม ปั่นน้ำใจ 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 นางอาทิตยา เล็งเจ๊ะ (ครูุ่น) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๓๑๑๒๐๒

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓

โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com