



ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว๗๕๙

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนและร่วมบริจาคโครงการวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล
ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับการร่วมบริจาคโครงการวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล กำหนดจัดกิจกรรม “ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ
โครงการวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗” ในวันที่ ๑๕
มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล เพื่อสร้างขวัญ
และกำลังใจให้เด็กพิการในการพัฒนาศักยภาพ มีพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ในสังคมเปิดโอกาสให้เด็กพิการ
และครอบครัวได้รับโอกาสทางสังคม เปิดพื้นที่ให้เด็กพิการได้เข้าร่วมกิจกรรม มอบความสุข และสร้างรอยยิ้ม
ให้เด็กพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไป หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญ
ของเด็กพิการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการให้สามารถอยู่ร่วม
ในสังคม ได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ นั้น

ในการนี้ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่าน
เพื่อร่วมสนับสนุนของขวัญ หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดงานวันเด็กพิการศูนย์การศึกษาพิเศษ
ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗ ในวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น หากท่านมีความประสงค์
ให้การสนับสนุนกรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงาน นางอาทิตย์ยา เล็งเจ๊ะ (ครูนุ่น) เบอร์โทรศัพท์
๐๘๑ - ๔๓๑๑๒๐๒ นายซารุดดีน ลามานัน (ครูบัว) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓- ๑๘๓-๖๔๘๒ ตั้งแต่บัดนี้
ถึงวันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๘ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาอนุเคราะห์จากท่านด้วยดี
และขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่ง มา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ


(นายกฤษฏา แก้วประดับ)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ เขตการศึกษา ๓ จังหวัดสงขลา
ปฏิบัติหน้าที่ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓ โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

ครูหญิงมณฑิลา (ศรีวา) “เรียนดี มีความสุข”

๐๙๗-๒๗๖๕๒๐๕ (ครูศรี)

แบบตอบรับ
การร่วมสนับสนุน กิจกรรม ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ โครงการวันเด็กพิการ
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๗
วันพุธที่ ๑๕ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘
ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

ชื่อ - สกุล

หน่วยงาน ที่อยู่

เบอร์โทรศัพท์.....

ให้ ในช่อง เพื่อแจ้งความประสงค์ร่วมสนับสนุน

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

- ของขวัญ/ของรางวัล จำนวน.....ชิ้น เป็นเงิน.....บาท
- สนับสนุนงบประมาณ
- เงินสด จำนวน บาท
- โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสตูล จำนวนเงิน บาท
- เลี้ยงอาหาร
- รายการอาหารที่เลี้ยง

๑.....

๒.....

๓.....

ชื่อบัญชี เงินบริจาคศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

เลขที่บัญชี ๙๑๐-๐-๔๔๙๒๐-๒

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

สามารถส่งแบบตอบรับทางโทรสารหมายเลข ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๕ หรือ e-mail : satunsec@gmail.com หรือ
ประสานงาน นางอาทิตย์ยา เล็งเจ๊ะ (ครูนุ่น) เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๑-๔๓๑-๑๒๐๒ นายซารุดดีน ลามาอัน(ครูบ่าว)
เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๓- ๑๘๓-๖๔๘๒

ประชาสัมพันธ์ โครงการวันเด็กพิการ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
ปีการศึกษา ๒๕๖๗

ประจำปีการศึกษา 2567

พบกันวันที่
15 มกราคม 2568
9.00 เป็นต้นไป

โครงการวันเด็กพิการ

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

ปันน้ำใจ เพื่อน้องพิการ

ขอเชิญทุกท่าน ร่วมสนับสนุน
ของขวัญ ของรางวัล
ทุนการศึกษา เลี้ยงอาหาร
เพื่อเป็นของขวัญวันเด็กให้กับ เด็กพิเศษ
ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
รับของบริจาคตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

ชื่อบัญชี เงินบริจาค ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล
เลขที่บัญชี ๓10-0-44๑20-2 ธนาคารกรุงไทย

ผู้ประสานงาน
นางอาทิตย์ยา เต็งจ๊ะ (ครูบุ๋บ)
นายชาวุฒิศิน ลามานัน (ครูบัว)
เบอร์โทรศัพท์ 081-4311202, 083-183-6482
FB : ศูนย์การศึกษาพิเศษ สตูล