



ที่ ศธ ๐๔๐๐๗.๖๗๐/ว ๖๕๕

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล  
ตำบลคลองขุด อำเภอเมืองสตูล  
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๑๓ ธันวาคม ๒๕๖๔

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์สนับสนุนและร่วมบริจาคงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔  
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.แบบตอบรับการร่วมบริจาคงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔ จำนวน ๑ ฉบับ  
ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล กำหนดจัดกิจกรรมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล และหน่วยบริการทั้ง ๗ อำเภอ เพื่อสร้างขวัญกำลังใจให้แก่เด็กพิการในการพัฒนาศักยภาพ มีพัฒนาการทางด้านการเรียนรู้ในสังคม เปิดโอกาสให้เด็กพิการและครอบครัวได้รับโอกาสทางสังคม เปิดพื้นที่ให้เด็กพิการได้เข้าร่วมกิจกรรม มสท.มีความสุขและสร้างรอยยิ้มให้แก่เด็กพิการ ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของเด็กพิการ และร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการดูแล ช่วยเหลือและพัฒนาศักยภาพของเด็กพิการให้สามารถอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุขและเต็มศักยภาพ

ในการนี้ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่านเพื่อร่วมสนับสนุนของขวัญ หรือสนับสนุนงบประมาณในการจัดงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๕ ในวัน เวลาและสถานที่ดังกล่าวข้างต้น หากท่านมีความประสงค์ให้การสนับสนุน กรุณาส่งแบบตอบรับหรือแจ้งผู้ประสานงาน นางสาวกัญญา คุณะทนต์ เบอร์โทรศัพท์ ๐๘๒-๑๑๔๖๖๔๑ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความกรุณาจากท่านด้วยดีและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงยิ่งมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวพนารัตน์ มาลีลัย)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

กลุ่มงานบริหารทั่วไป

โทร. ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๓ โทรสาร ๐ ๗๔๗๔ ๐๔๕๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : satunSEC@gmail.com

นางสาวสิริลา ศิลาชัย โทร. ๐๘๖-๐๑๒๗๗๑

โทร. ๐๐๖-๐๑๒๗๗๑

แบบตอบรับ

การร่วมสนับสนุนกิจกรรมงานวันเด็กพิการจังหวัดสตูล ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๙ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล และหน่วยบริการทั้ง ๗ อำเภอ

ชื่อ - สกุล .....

หน่วยงาน ..... ที่อยู่ .....

เบอร์โทรศัพท์.....

ให้  ในช่อง  เพื่อแจ้งความประสงค์เข้าร่วม

ประสงค์ร่วมสนับสนุน

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

สนับสนุนงบประมาณ เป็นเงิน.....บาท

เงินสด จำนวน ..... บาท

โอนเงินเข้าบัญชีธนาคารกรุงไทย สาขาสตูล จำนวนเงิน ..... บาท

ชื่อบัญชี เงินบริจาคศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสตูล

เลขที่บัญชี ๙๑๐-๐-๕๕๙๖๐-๖

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

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

ประสานงาน ครูวัลย์ทิพย์ เทวบิน (ครูอ้อ) เบอร์โทรศัพท์ ๐๙๖-๕๖๕๙๖๕๔