



ที่ สฎ ๐๐๑๙.๓/๑-๕๗/๓๐

ศาลากลางจังหวัดสุราษฎร์ธานี
ถนนดอนนก อ.เมืองฯ สฎ ๘๔๐๐๐

๑๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

เรื่อง โครงการเพิ่มศักยภาพกองทุนชุมชนด้านการบริหารโครงการ บริหารหนี้ และบริหารสัญญา
กิจกรรม (Mobile Clinic สร้างสุขกองทุนชุมชน)

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับผู้เข้าร่วมโครงการฯ

จำนวน ๑ ฉบับ

กรมการพัฒนาชุมชน กำหนดจัดโครงการเพิ่มศักยภาพกองทุนชุมชนด้านการบริหารโครงการ
บริหารหนี้ และบริหารสัญญา กิจกรรม (Mobile Clinic สร้างสุขกองทุนชุมชน) เพื่อกระตุ้นการรับรู้
และการสร้างสุขให้กองทุนชุมชนมีการบริหารโครงการที่ดี บริหารหนี้ดี และบริหารสัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ
ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ๑) ผู้แทนคณะกรรมการกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต ๒) ผู้แทนคณะกรรมการโครงการ
แก้ไขปัญหาคาความยากจน (กข.คจ.) ๓) ผู้แทนโครงการกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี ๔) เจ้าหน้าที่พัฒนาชุมชน
ผู้รับผิดชอบงานทุน โดยจังหวัดสุราษฎร์ธานีกำหนดจัดโครงการในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ห้องคอนเวนชัน ๓
โรงแรมแก้วสมุย รีสอร์ท อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

เพื่อให้การดำเนินงานโครงการดังกล่าวสำเร็จตามวัตถุประสงค์ จึงขอให้อำเภอได้มอบหมาย
สำนักงานพัฒนาชุมชนอำเภอดำเนินการดังนี้

๑.ประสานคณะกรรมการกลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต จำนวน ๑ คน ,คณะกรรมการโครงการ
แก้ไขปัญหาคาความยากจน(กข.คจ.) จำนวน ๑ คน ,คณะทำงานขับเคลื่อนกองทุนพัฒนาบทบาทสตรี
ตำบล/เทศบาล จำนวน ๑ คน เข้าร่วมประชุมในวันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒ ลงทะเบียนในเวลา ๐๘.๓๐ น.
ณ ห้องคอนเวนชัน ๓ โรงแรมแก้วสมุย รีสอร์ท อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

๒.อนุญาตให้นักวิชาการพัฒนาชุมชนผู้รับผิดชอบงานทุนชุมชนเข้าร่วมโครงการ ในวัน เวลา
และสถานที่ ดังกล่าว โดยให้นำโน้ตบุ๊กไปด้วย

๓.แจ้งรายชื่อตามแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ และส่งจังหวัดภายในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายวาทกานต์ ช่อแก้ว)

พัฒนาการจังหวัดสุราษฎร์ธานี ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานพัฒนาชุมชนจังหวัดกลุ่ม
งานส่งเสริมการพัฒนาชุมชน
โทร ๐ ๗๗๒๗ ๒๕๕๘

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการ
โครงการเพิ่มศักยภาพกองทุนชุมชนด้านการบริหารโครงการ บริหารหนี้ และบริหารสัญญา
กิจกรรม (Mobile Clinic สร้างสุขกองทุนชุมชน)
วันที่ ๔ กรกฎาคม ๒๕๖๒
ณ ห้องคอนเวนชัน ๓ โรงแรมแก้วสมุย รีสอร์ท อำเภอเมืองฯ จังหวัดสุราษฎร์ธานี
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการ

ที่	ชื่อ- สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่			โทรศัพท์
			บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตำบล	
๑		กลุ่มออมทรัพย์เพื่อการผลิต				
๒		โครงการแก้ไขปัญหาความยากจน (กข.คจ.)				
๓		กองทุนพัฒนาบทบาทสตรี				
๔		เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานทุนชุมชน				

หมายเหตุ : ส่งแบบตอบรับให้จังหวัดภายในวันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๒

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....