



แบบตอบรับการประชุม

1.ชื่อ-สกุล _____

หน่วยงาน _____

เบอร์มือถือ _____

2.ชื่อ-สกุล _____

หน่วยงาน _____

เบอร์มือถือ _____

หากมีข้อสงสัยการเข้าร่วมประชุมให้ติดต่อ นางสาวชลมา หะยีสะมะแอ โทร.098-013-9435

pajoyala@gmail.com

และผู้เข้าร่วมประชุมโปรดเตรียมค่าใช้จ่ายลงทะเบียน จำนวน 600 บาท/คน สำหรับการจัดประชุม

วิธีการเบิก: 1.โครงการบริหารกองทุนฯ ปี 2560 15% (ในเว็บไซต์กองทุนสุขภาพตำบลภาคใต้

www.localfund.happynetwork.org)

2.ใส่กิจกรรมย่อย ประชุมนิเทศและพัฒนาศักยภาพกองทุน จ.ยะลา

ประมาณการณค่าใช้จ่ายประกอบด้วย

ค่าลงทะเบียนประชุม 600 บาท/คน และค่าเดินทางไปประชุม 4 บาท/กม.(ไป-กลับ)

3.ทำใบเบิกหรือฎีกาจากระบบเว็บไซต์

โปรดแจ้งตอบรับการเข้าร่วมประชุมภายในวันที่ 8 กันยายน 2560

ขอขอบพระคุณอย่างสูง