

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

ฎีกาเบิกเงินสถานศึกษา

ประจำปี 2564

ยุทธศาสตร์ ที่ 2 ด้านการพัฒนาคุณภาพเด็ก


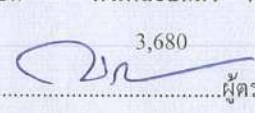
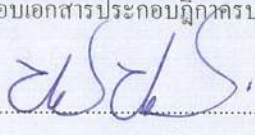
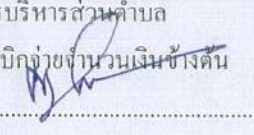
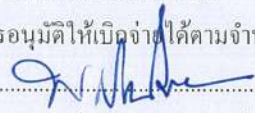
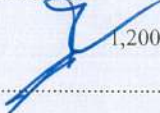
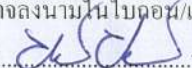
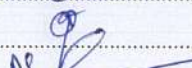
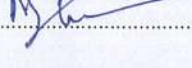
กลยุทธ์ที่ 2.3 การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยผู้เรียน

เลขที่ผู้เบิก 7/2564

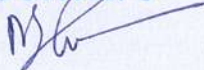
เลขที่คลังรับ 7/2564

วันที่จัดทำ 24 ธันวาคม 2563

วันที่คลังรับ 24 ธันวาคม 2563

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
มูลค่าสินค้าหรือบริการ	1,200 00	ค่าสมนาคุณวิทยากรตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
บวก ภาษีมูลค่าเพิ่ม		
จำนวนเงินที่ขอเบิก	1,200 00	
หัก ภาษีหัก ณ ที่จ่าย	00 00	
ค่าปรับ		
จำนวนเงินที่จ่ายสุทธิ	1,200 00	
(ตัวอักษร)	(เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)	
หน่วยงานผู้เบิก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ขอเบิกเงินรายจ่ายตามรายการข้างต้น (ลงชื่อ).....  .....หัวหน้าหน่วยงานผู้เบิก (นางสาวสุภาพ ถึกป้อง) หัวหน้าสถานศึกษา วันที่..... 24 S.A. 2563	ได้ตรวจสอบแล้วมีเงินคงเหลือเพียงพอที่จะเบิกได้ แหล่งเงินที่ขอเบิก คงเหลือยกมา คงเหลือยกไป งบประมาณ 3,680 2,480 (ลงชื่อ)...จ.ส.อ.....  .....ผู้ตรวจสอบ (ศิริพันธ์ ธนภาคย์กุลศิริ) เจ้าหน้าที่การเงิน วันที่..... 24 S.A. 2563	
ได้ตรวจสอบเอกสารประกอบฎีกาครบถ้วนถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ).....  .....ผู้ตรวจฎีกา (นางสาวนัสวีศิษย์ ปรเมษฐ์) หัวหน้าหน่วยงานคลัง วันที่..... 24 S.A. 2563	เรียน ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล เห็นควรให้เบิกจ่ายจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  ..... (นางสาวสุภาพ ถึกป้อง) รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน ผู้อำนวยการกองการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม วันที่..... 24 S.A. 2563	
เรียน นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ตามจำนวนเงินข้างต้น (ลงชื่อ).....  ..... (นายพงศ์ปณต ศรียาทิวัฒน์) ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล วันที่..... 24 S.A. 2563	อนุมัติให้เบิกจ่ายได้ จำนวน  1,200.00 บาท (ลงชื่อ)..... นายปราโมทย์ แสงอรุณ นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลท่าบอน วันที่..... 24 S.A. 2563	
ธนาคาร.....ธกส.สาขาระโนด บัญชีเลขที่.....0820240385..... เลขที่เช็ค.....34425575.....ลงวันที่..... 25 S.A. 2563 จำนวนเงิน.....1,200.00..บาท... (หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน) จ่ายให้ นางสาวสุภาพ ถึกป้อง	ผู้มีอำนาจลงนามในใบถอน/เช็คธนาคาร (ลงชื่อ).....  .....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....  .....ผู้ลงนาม (ลงชื่อ).....  .....ผู้ลงนาม	
การจ่ายเงินเป็นไปตามรายงานจัดทำเช็ค/ใบถอน เลขที่..... 5/256A .....ลงวันที่..... 24 S.A. 2563		

รับเช็คแล้ว





# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ตำบลท่าบอน อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา

ที่ สข ๗๒๖๐๔.๔/..... วันที่..... ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง..... ขออนุมัติเบิกเงินค่าสมนาคุณวิทยากร

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลท่าบอน

## ๑. เรื่องเดิม

ตามแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๔ ของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ด้านการพัฒนาคุณภาพผู้เรียน กลยุทธ์ที่ ๒.๓ การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและอนามัยแก่ผู้เรียน โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก เพื่อให้ผู้ปกครองและผู้ดูแลเด็กได้เห็นความสำคัญต่อฟันน้ำนม และพฤติกรรมในการดูแลช่องปากที่ถูกต้อง ตั้งจ่ายจากเงินรายได้สถานศึกษา งบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลท่าบอน (สปสข.) (หน้าที่ ๑๖) ตั้งงบประมาณไว้ ๖,๐๐๐ บาท(เงินหกพันบาทถ้วน) นั้น

## ๒. ข้อเท็จจริง

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกเงินค่าสมนาคุณวิทยากร นางสาวอรรฉรม ดำรงค์ดี ๑๓๔/๓๑ หมู่ที่ ๒ ตำบลคลองทราย อำเภอนาหวี จังหวัดสงขลา ซึ่งนางสาวสุภาพ ถึกป้อง หัวหน้าสถานศึกษา ได้ทศตรงจ่ายไปแล้ว เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑,๒๐๐ บาท(เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน)

## ๓. กฎหมาย/ระเบียบ

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยรายได้และการจ่ายเงินของสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒

ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทย ว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๔๗ และแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๔) พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๔๐

ข้อ ๕๒ การเบิกเงินในหมวดค่าตอบแทน ใช้สอยและวัสดุ ให้ทำการเบิกจ่ายได้ตามงบประมาณ ที่ได้รับอนุมัติ และให้มีหลักฐานแสดงว่าเงินจำนวนที่ขอเบิก ถูกต้องตามวัตถุประสงค์และเป็นไปตามกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ คำสั่ง หรือหนังสือสั่งการกระทรวงมหาดไทย

## ๔. ข้อเสนอและพิจารณา

เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินจำนวน ๑,๒๐๐ บาท(เงินหนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน) ให้แก่นางสาวสุภาพ ถึกป้อง ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) จำสืบเอก

(ศิริพันธ์ ฌนภาคย์กุลศิริ)

เจ้าหน้าที่การเงิน

ความเห็น.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวนัสวีศิษฏ์ ปุระเมษฐ์)

หัวหน้าหน่วยงานคลัง

ความเห็น.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุภาพ ถึกป้อง)

หัวหน้าสถานศึกษา

ความเห็น.....

(ลงชื่อ)

(นายปราโมทย์ แสงอรุณ)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลท่าบอน

## ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๒๓ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ข้าพเจ้า นางสาวอรรวรรณ คำรงค์ดี อยู่บ้านเลขที่ ๑๓๔/๓๑ หมู่ที่ ๒ ตำบล คลองทราย  
อำเภอ นาหวี จังหวัด สงขลา ได้รับเงินจาก ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ดังรายการดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตั้งแต่เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.	๑,๒๐๐	๐๐
รวมเงิน	๑,๒๐๐	๐๐

ตัวอักษร หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน

(ลงชื่อ)

ผู้รับเงิน

(นางสาวอรรวรรณ คำรงค์ดี)

เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข

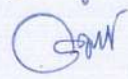
(ลงชื่อ)

ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวสุภาพ ถึกป้อง)

หัวหน้าสถานศึกษา


**บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**  
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9099 00379 74 8  
 ชื่อและชื่อสกุล น.ส. อรวรรณ ดำรงค์ดี  
 Name Miss Orawan  
 Last Name Damrongsuk  
 เกิดวันที่ 12 ก.ค. 2536  
 Date of Birth 12 Jul. 1993  
 ศาสนา พุทธ  
 ที่อยู่ 134/31 หมู่ที่ 2 ต.คลองทราย  
 อ.นาทวี จ.สงขลา  
 8 ก.ค. 2556  
 วันออกบัตร  
 8 Jul. 2013  
 Date of Issue  
 (นางจตุพร นิ่มพิมพ์)  
 เจ้าหน้าที่ออกบัตร  
 11 ก.ค. 2564  
 วันบัตรหมดอายุ  
 11 Jul. 2021  
 Date of Expiry  
 9004-02-07081104  


สำนักงานคูเกรียว  
  
 (น.ส. อรวรรณ ดำรงค์ดี)

ภาพกิจกรรม



นางสาวอรรรณ ดำรงค์ดี เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข รพ.สต.ท่าบอน เป็นวิทยากรบรรยาย ตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

แบบลงทะเบียน

โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอง

ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเหตุ
๑	พวงใจ มาลัยสาร	๑๗/๒ ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๖๒-๖๘๐๐๑๑๑	112
๒	นางจิราพร เกื้อเขม็อน	16 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๘๖-๐๖๕๕๑๐๕	๖๖
๓	นางจิตาภรณ์ สุวรรณรัตน์	๘๗/๒ ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๐-๐๗๔๒๒๖๐	162
๔	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ. อ.	๗1/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๑-๐๔๒๔๒๐๒	112
๕	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.	56/5 ม.๖ ต.ท่าบอง	๐๑๓-14๕3๒๓๔	112
๖	นาง อ. อ. อ. อ. อ.	๗6/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๘๐-๗๐๒๒๕๐๗	๕๗
๗	นาง อ. อ. อ. อ. อ.	๗6/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๘-๗๑๒๒๑๑๑	พ
๘	นาง อ. อ. อ. อ. อ.	๗6/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๘๐-๗๐๒๒๕๐๗	๕๗
๙	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	111/3 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๔-๑๑๒๕๑๗๒	112
๑๐	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	๑๗/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๘๗-๖๓๓๖๔๗๑	๖๖
๑๑	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	21/๑ ม.๖ ต.ท่าบอง	๐๕๖-๖1๖๑๘๑๔	11๐
๑๒	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.	๔8/1 ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๑๘-๗๒๘11๔5	16๕
๑๓	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	4/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๑-๒๕๑๓๒๔5	๕๗
๑๔	นาง พรหมทิพย์ ออทอง	๕๒/๒ ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๘-๔๑๗-3๐๐1	11๖
๑๕	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.	๔1/4 ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๑๘-๐๘๖๔๔๒๐	11๕
๑๖	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	๒๐/1 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๘๗-๗๑๒๒๕๐๒	พ
๑๗	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.			
๑๘	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	1๐2/1 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๘1-๖๗๔5๒๒๕	๓๗
๑๙	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	35 ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๑๔-๘๕๐๘๘๐๑	11๕
๒๐	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	31 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๑๑-๐๔๒๔๒๐๒	11๖
๒๑	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	1๐๗/3 ม.๓ ต.ท่าบอง	๐๑๑-๓๕๒๓๖๔๒	11๕
๒๒	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	๔3/1 ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๘๐-๐๗๒๗๖๓	11๕
๒๓	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	3/๔ ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๑๖-๑๐๔๕15๐	๕๗
๒๔	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	81 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๑๔-๘๑๔๐1๒๔	11๕
๒๕	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	11 ม.๒ ต.ท่าบอง	๐๑๑-๕๖๑๓๑15	๓๗
๒๖	อ. อ. อ. อ. อ. อ.	1๐๗/3 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๘๗-๗๑๒๒๕๐๒	๕๗
๒๗	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.			
๒๘	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.	1๐5 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๑๗-1๑๔๐๐๖๑	๑๖
๒๙	น.ส. อ. อ. อ. อ. อ.	๕2/13 ม.๑ ต.ท่าบอง	๐๖๖-๓๓๖๒3๗๗	๖๖

นางสาวกมลทิพย์

๗๖๔

(นางสาวธนฉัตร อึ้งนง)

แบบลงทะเบียน

โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

ที่	ชื่อ-สกุล	ที่อยู่	หมายเลขโทรศัพท์	หมายเหตุ
๓๐	นางฉวีรัตน์ ศรีทอง	43 ม. 2 ต.ท่าบอง	0936475315	พอ.
๓๑	นายสุวิทย์ นอนโพ	12/2 ม. 2 ต.ท่าบอง	0972962123	พอ.
๓๒	นางอัมพร ศรีทอง	38/1 ม. 2 ต.ท่าบอง	0872943130	พอ.
๓๓	นางอุษา ศรีทอง	14 ม. 1 ต.ท่าบอง	0907133505	พอ.
๓๔	นายวิไลสวัสดิ์ อิ่มทรัพย์	43/2 ม. 2 ต.ท่าบอง	0945857902	พอ.
๓๕	นางสาว วิจิตต์ (นพ.)	32/4 ม. 2 ต.ท่าบอง	0936139904	ไม่
๓๖	นางฉวีรัตน์ ศรีทอง	47/4 ม. 3 ต.ท่าบอง	0990681185	ไม่
๓๗	น.ส. นภาพร กิ่งทอง	หมู่บ้านท่าบอง ม.ท่าบอง	062-2078021	ไม่
๓๘	นายสุวิทย์ นอนโพ	71/2 ม. 5 ต.ท่าบอง	080-548-1099	ไม่
๓๙				
๔๐				
๔๑				
๔๒				
๔๓				
๔๔				
๔๕				
๔๖				

สำนักงานสาธารณสุข

จ.บ

(นางจางจาง นอนโพ)

แบบตอบรับการเป็นวิทยากร  
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบอน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน  
ลำดับ 75  
วันที่ 14/10/63  
เลขที่ 10.0063

วันที่ ๗ เดือน ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

เรื่อง ตอบรับการเป็นวิทยากร

เรียน หัวหน้าสถานศึกษา

อ้างถึง หนังสือ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ที่ สข ๗๒๖๐๔.๔/๒๖ ลงวันที่ ๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

ตามที่ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ได้เชิญนางสาวอรรพรรณ ดำรงค์ดี ตำแหน่ง  
เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบอน ทำหน้าที่เป็นวิทยากรตาม  
โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ในวันที่  
๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. นั้น

ในการนี้ข้าพเจ้ายินดีที่จะให้บุคลากรในหน่วยงานมาเป็นวิทยากรในโครงการดังกล่าว และ  
ขอขอบคุณศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน เป็นอย่างยิ่งที่ให้เกิดวิทยากรในหน่วยงานของข้าพเจ้าครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(นายชยธร แก้วลอย)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบอน

เรียน หัวหน้าสถานศึกษา

- ดิฉย รพ. สข. ท่าบอน ได้ ๓๐ มรี  
เป็นวิทยากร ตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ  
ช่องปากใน ต.พ.อ.

- คือเขียนท.เสื่อทราย

(ช.ส. ดิฉย รพ. สข. ท่าบอน)

หัวหน้าสถานศึกษา

วาริน

(นางวาริน อินทร)

๓๕



# สำเนาฉบับ

ที่ สข ๗๒๖๐๔.๔/๒๗

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

ตำบลท่าบอน อำเภอระโนด

จังหวัดสงขลา ๙๐๑๔๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญร่วมอบรมตามโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
เรียน ผู้ปกครอง

สิ่งที่ส่งมาด้วย - กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน กำหนดจัดโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปาก  
ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่า  
บอน หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าบอน อำเภอระโนด จังหวัดสงขลา เพื่อส่งเสริมสุขภาพปากและฟันในเด็กปฐมวัยให้มี  
สุขภาพดี มีกิจกรรมดังนี้

- ตรวจสอบสุขภาพปากและฟัน
- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่อง การรักษาสุขภาพปากและฟัน
- สาธิต/ฝึกหัด การแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่เด็ก โดยวิทยากรจาก รพ.สต.ท่าบอน

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน จึงขอเชิญผู้ปกครองเข้ารับการอบรมตามโครงการ  
เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในวันเวลาดังกล่าว โดยพร้อมเพรียงกัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ)

วารี

(นางวาริน อินทรา)

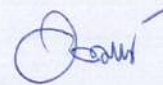
ครู ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

โทร. ๐๘๙ ๗๓๘ ๕๒๘๖

พิมพ์.....  
งาน.....  
หัวหน้า.....  
เขต.....

“ซื่อสัตย์ สุจริต มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม”



(นางสาวอรพรรณ อึ้งศักดิ์)

ที่ สข ๗๒๖๐๔.๔/๒๖

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน  
ตำบลท่าบอน อำเภอรโนด  
จังหวัดสงขลา ๙๐๑๔๐

๒๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเป็นวิทยากร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าบอน

สิ่งที่ส่งมาด้วย - กำหนดการ

จำนวน ๑ ฉบับ

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน กำหนดจัดโครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ในวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ เวลา ๑๔.๐๐-๑๖.๐๐ น. ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน หมู่ที่ ๓ ตำบลท่าบอน อำเภอรโนด จังหวัดสงขลา เพื่อส่งเสริมสุขภาพปากและฟันในเด็กปฐมวัยให้มีสุขภาพดี มีกิจกรรมดังนี้

- ตรวจสอบสุขภาพปากและฟัน
- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่อง การรักษาสุขภาพปากและฟัน
- สาธิต/ฝึกหัด การแปรงฟันที่ถูกต้องให้แก่เด็ก โดยวิทยากรจาก รพ.สต.ท่าบอน

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน ขอเชิญนางสาวอรรณพ ดำรงค์ดี ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่งานทันตสาธารณสุข เป็นวิทยากร บรรยายให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กปฐมวัย และตรวจสอบสุขภาพปากและฟัน ให้แก่เด็กปฐมวัย ทั้งนี้เพื่อให้โครงการสำเร็จตามวัตถุประสงค์ทุกประการ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอนหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคงได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านเป็นอย่างดี จึงขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ) วาริน

(นางวาริน อินทรา)

ครู ปฏิบัติหน้าที่หัวหน้าศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

.....  
 วิชา.....  
 วิชา.....  
 วิชา.....  
 วิชา.....  
 วิชา.....

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน

โทร. ๐๘๙ ๗๓๘ ๕๒๘๖

“ซื่อสัตย์ สุจริต มุ่งผลสัมฤทธิ์ของงาน ยึดมั่นมาตรฐาน บริการด้วยใจเป็นธรรม



(นางสาวอรรณพ ดำรงค์ดี)

กำหนดการ  
โครงการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก  
ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน  
วันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ ณ ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดท่าบอน หมู่ที่ ๓ ต.ท่าบอน  
\*\*\*\*\*

เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.

ลงทะเบียน

เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๖.๐๐ น.

วิทยากรดำเนินกิจกรรม

- ตรวจสอบสุขภาพปากและฟัน
- จัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ปกครอง เรื่อง การรักษาสุขภาพปากและฟัน
- สาธิต/ฝึกหัด การแปรงฟันที่ถูกวิธีให้แก่เด็ก โดยวิทยากรจาก รพ.สต.ท่าบอน

\*\*\*\*\*

หมายเหตุ : กำหนดการสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม