ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๑ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า น.ส. กนกพร ราชเพชรดวง ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ที่อยู่เลขที่ ๗๑/๑ หมู่ที่ ๒,๑ ถนน เพชรเกษม ตำบล ทุ่งใหญ่ อำเภอ ทุ่งใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช
ได้รับเงินจาก ...ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา...ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	สต.
- เพื่อจ่ายเป็นค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย ปี ๒๕๖๖ หัวข้อการบรรยาย การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ เป็นจำนวน.....๓.....ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน (รับผิดชอบชั่วโมงละ ๑๒๐ บาท	๓๖๐	-
รวมเงิน	๓๖๐	-

(ตัวอักษร) (สามร้อยหกสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ กนกพร ราชเพชรดวง ผู้รับเงิน

(กนกพร ราชเพชรดวง)

ตำแหน่ง แพทย์ชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน

(นายศักดิ์สุริยา ล่อฮอย)

ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต

ผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย

รักษาการ

กนกพร ราชแพทยาคม

ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
และผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย
อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ๙๐๑๓๐

๒๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอสนับสนุนข้าราชการในสังกัดเป็นวิทยากร

เรียน .....

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาโครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
องค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย ปี ๒๕๖๖ จำนวน ๑ ชุด
๒. ตารางการอบรมฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย ได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง องค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย ปี ๒๕๖๖ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลระยะยาว การมีส่วนร่วมของชุมชนในการร่วมกันดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ ซึ่งกำหนดจัดการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Car Glver) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง ในระหว่างวันที่ ๑ - ๑๒ ธันวาคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลจะนะ, ณ ห้องประชุมสวนสุขภาพ ๘๐ พรรษามหาราช อบต.ขุนตัดหวาย,และฝึกปฏิบัติการในชุมชน/รพ.สต. ในพื้นที่ นั้น

ดังนั้น จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากหน่วยงานของท่าน ในการพิจารณาอนุญาตให้ บุคลากรในสังกัดของท่านที่รับผิดชอบงานด้านนี้ เข้าทำหน้าที่วิทยากรในการถ่ายทอดความรู้ในหัวข้อวิชา การดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ตามกำหนดการสิ่งที่ส่งมาด้วยนี้ สำหรับค่าพาหนะและค่าใช้จ่ายระหว่างเดินทางไป-กลับ ให้สามารถเบิกจ่ายจากหน่วยงานต้นสังกัด ตามระเบียบค่าใช้จ่ายในการไปราชการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์สุริยา ล่อยอย)
ประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย

แบบตอบรับวิทยากร

โครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย
วันที่ ๑ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕
ณ ห้องประชุมสวนสุขภาพ ๘๐ พรรษา มหาราช องค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย

ชื่อ น.ส. ณกพร นามสกุล กรณพหงาม

บ้านเลขที่ 76/2 ซ.11 หมู่ที่ (ตลาดหลา) ตำบล หางไหล่ อำเภอ หางไหล่ จังหวัด สกลนคร

เบอร์โทรศัพท์.....

☑ ยินดีเข้าร่วมเป็นวิทยากร

☐ ไม่มีสามารถเข้าร่วมเป็นวิทยากร

(ลงชื่อ) ณกพร กรณพหงาม

(ณกพร กรณพหงาม)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า นางสาว สุข ศิริมงคล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ
ที่อยู่เลขที่ 114 หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก ...ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา...ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	สต.
- เพื่อจ่ายเป็นค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย ปี ๒๕๖๖ หัวข้อการบรรยาย การประเมินคัดกรองสุขภาพ/การประเมิน ADL เป็นจำนวน.....๑.....ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน (รับผิดชอบชั่วโมงละ ๑๒๐ บาท	๑๒๐	-
รวมเงิน	๑๒๐	-

(ตัวอักษร) (หนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(นางสาวสุข ศิริมงคล)
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นายศักดิ์สุริยา ล่อฮอย)
ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ เดือนธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้า น.ส. กันกมร โรจเพชรดาม ตำแหน่ง นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
ที่อยู่เลขที่ 70/2 หมู่ที่ 5,11 ถนน ไพรวงปาม ตำบล ทุ่งใหญ่ อำเภอ ทุ่งใหญ่ จังหวัด สงขลา
ได้รับเงินจาก ...ศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา...ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)	สต.
- เพื่อจ่ายเป็นค่าสมนาคุณวิทยากร ตามโครงการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุ คนพิการและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงองค์การบริหารส่วนตำบลขุนตัดหวาย ปี ๒๕๖๖ หัวข้อการบรรยาย **การดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ/ระบบทางเดินอาหาร/ระบบขับถ่าย/ระบบปัสสาวะ** เป็นจำนวน.....๔.....ชั่วโมงๆละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน (รับผิดชอบชั่วโมงละ ๑๒๐ บาท	๔๘๐	-
รวมเงิน	๔๘๐	-

(ตัวอักษร) (สี่ร้อยแปดสิบบาทถ้วน)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน
(นายศักดิ์สุริยา ล่อฮอย)
ตำแหน่งประธานศูนย์พัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิต
ผู้สูงอายุและผู้พิการตำบลขุนตัดหวาย