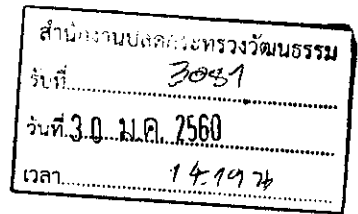




กรมส่งเสริมสุขภาพ
เลข 163
วันที่ 30 ม.ค. 2560
เวลา 16:03



ที่ พม ๐๔๐๓/ ๑๖๕๑

ถึง ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ มหาวิทยาลัย และองค์การมหาชน

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้กำหนดจัดอบรมเตรียมตัวก่อนเกษียณบุคลากรภาครัฐ ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดสระบุรี ประจำปี ๒๕๖๐ ตามโครงการเตรียมความพร้อมประชากรผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรภาครัฐมีความรู้ ความเข้าใจในการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุในด้านต่างๆ และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ จำนวน ๖ รุ่น ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดสระบุรี ดังนี้

- รุ่นที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๔ ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
- รุ่นที่ ๖ ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐

กรมกิจการผู้สูงอายุ จึงขอเรียนเชิญหน่วยงานท่านจัดส่งบุคลากร อายุระหว่าง ๕๐ - ๖๐ ปี เข้าร่วมอบรมดังกล่าวโดยมีค่าลงทะเบียนคนละ ๗,๘๔๘ บาท ซึ่งสามารถเบิกจ่ายจากต้นสังกัดตามระเบียบกระทรวงการคลัง รายละเอียดปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ และขอความกรุณาส่งแบบแสดงความจำนงค์เข้าร่วมสัมมนาทางโทรสารหมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙, ต่อ ๓๐๕, ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓ หรือทางอีเมลที่ kriroek@hotmail.com, pinnarath1932@hotmail.com ภายในวันและเวลาที่กำหนด แต่ละรุ่นด้วย จักขอขอบคุณยิ่ง



กองส่งเสริมศักยภาพผู้สูงอายุ

โทร./โทรสาร ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๙ ต่อ ๓๐๕

แบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา
โครงการเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุบุคลากรภาครัฐ ประจำปี ๒๕๖๐
ณ ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น อำเภอหมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรี

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกิด/เดือน/ ปีเกิด.....

ตำแหน่ง.....สังกัดหน่วยงาน.....

กระทรวง.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....

.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

รุ่นที่ต้องการเข้าร่วมสัมมนา

รุ่นที่ ๑ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๑๗ มีนาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๒ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๖ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๐ เมษายน ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๓ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๔ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๓ - ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๕ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๒๗ - ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

รุ่นที่ ๖ อายุ ๕๐-๖๐ ปี ระหว่างวันที่ ๑๘ - ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๐
ค่าลงทะเบียน ๗,๘๔๘ บาท ส่งแบบยืนยัน ภายในวันที่ ๒๒ พฤษภาคม ๒๕๖๐

โรคประจำตัว.....กรุปเลือด.....แพ้ยา.....
ผู้ที่สามารถติดต่อได้ในกรณีฉุกเฉิน ชื่อ.....โทรศัพท์มือถือ.....
เกี่ยวข้องเป็น.....

การเดินทาง

เดินทางไปกับรถที่ทางศูนย์ฯ จัดให้ เดินทางไปด้วยตนเอง

การจองห้องพัก

พักเดี่ยว (ค่าใช้จ่ายส่วนเกินผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบเองโดยชำระกับทางศูนย์ฯ มิชชั่น

อัตราคืนละ ๗๕๐ บาท/คน

พักคู่

กรณีพักคู่ ท่านมีความประสงค์

ให้ศูนย์ฯ จัดคู่พักให้

ขอพักคู่กับ.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลเพิ่มเติม

๑. ลงทะเบียนวันเดินทาง ณ บริเวณอาคารอำนวยการชั้น ๑ โรงพยาบาลมิชชั่น ถนนพิษณุโลก เขตดุสิต กรุงเทพฯ ระหว่างเวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๓๐ น.

๒. กรณีเดินทางไปกลับศูนย์ฯ มิชชั่นจัดให้มีรถบริการ (ไม่เสียค่าใช้จ่าย) ออกจากโรงพยาบาล มิชชั่น เวลาประมาณ ๑๒.๓๐ น.

๓. การจัดที่พักจะจัดให้พักคู่ (ค่าใช้จ่ายรวมอยู่ในค่าลงทะเบียน) กรณีประสงค์จะพักเดี่ยว (หากมีจำนวนห้องเพียงพอ) ผู้เข้าร่วมสัมมนาต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนเกินเอง โดยไม่สามารถเบิกจากต้นสังกัดได้ตามระเบียบการฝึกอบรมฯ หรือการเดินทางไปราชการเนื่องจากโครงการสัมมนาฯ เป็นการตกลงค่าใช้จ่ายเป็นกรณีพิเศษกับกรมบัญชีกลาง

๔. อาหารและอาหารว่าง เป็นอาหารมังสวิรัต เครื่องดื่มเป็นเครื่องดื่มสมุนไพร ไม่มีชา กาแฟ

๕. กรุณาเตรียมของใช้ส่วนตัว ชุดออกกำลังกาย ชุดว่ายน้ำ รองเท้าผ้าใบ ยาประจำตัวไปด้วย

๖. ใบเสร็จค่าลงทะเบียน จะนำไปให้ที่โรงพยาบาลมิชชั่นในวันเดินทาง

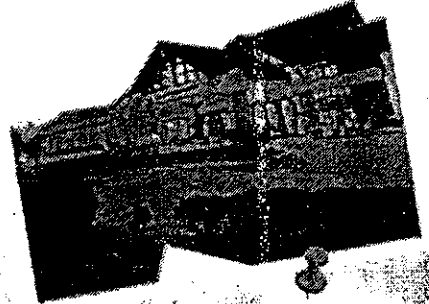
หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบแจ้งยืนยันการเข้าร่วมสัมมนา และสำเนาการโอนเงินค่าลงทะเบียนทางโทรสาร พร้อมระบุชื่อผู้เข้าร่วมสัมมนาและรุ่น/วันที่เข้าร่วมอบรมให้ชัดเจนและถูกต้อง ที่หมายเลข ๐ ๒๖๔๒ ๔๓๓๔ ต่อ ๓๐๕, หรือโทรศัพท์มือถือ ๐๘ ๕๑๒๖ ๔๔๒๓,๐๖ ๓๕๙๕ ๔๖๕๓ หรือทางอีเมล kiroek@hotmail.com, pinnarath1932@hotmail.com

ผู้ประสานงานโครงการ : น.ส. ไกรฤกษ์ ฤกษ์ดี
ว่าที่ ร.ต.ปิ่นนเรศร์ นารณกรกิจ

สุขภาพเยี่ยมนี้

ที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น

“สวรรค์ของคนรักสุขภาพ”



พักผ่อนในบรรยากาศเยี่ยมสงบ
ท่ามกลางธรรมชาติแห่งป่าเขา
ลิ้มลองรสชาติอาหารเพื่อสุขภาพ
เรียนรู้ตามหลักวิชาการด้วยวิทยากร
ผู้ทรงคุณวุฒิ และโปรแกรมสุขภาพ
อีกมากมาย สบผ ลิ้มเต็บ ชวนติดตาม
สิ่งดีๆ กลับพิลได้จริง ที่นี่!



ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพมิชชั่น
Mission Health Promotion Center

