



ที่ พท ๐๐๓๓.๐๐๒/ ๓๔๕๑

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา
๒๖๔/๒ ถนนราเมศวร์
ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมืองพังงา
จังหวัดพังงา ๘๓๐๐๐

๑๗ กันยายน ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเชิญประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพังงา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

๒. แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา กำหนดจัดประชุมโครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา เพื่อจัดทำยุทธศาสตร์การพัฒนาจังหวัดพังงาด้านสาธารณสุข ปี ๒๕๖๖ – ๒๕๗๐ (ฉบับทบทวน ปี ๒๕๗๐) สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงาน และจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๗๐

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา จึงขอเชิญท่าน/หัวหน้ากลุ่มงานยุทธศาสตร์และแผนงานโครงการ/ผู้รับผิดชอบงานยุทธศาสตร์ รวมจำนวน ๓ คน เข้าร่วมประชุมในระหว่างวันที่ ๒๓ – ๒๔ กันยายน ๒๕๖๙ ณ ห้องประชุมชั้น ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมืองพังงา จังหวัดพังงา ดังกำหนดการประชุมตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ โดยเบิกค่าอาหารจากงบประมาณโครงการฯ ส่วนค่าเดินทางไปราชการเบิกจากต้นสังกัด และขอให้ส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุมให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ทาง e-mail : ptpphoplan@gmail.com ภายในวันที่ ๑๘ กันยายน ๒๕๖๙

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมการประชุมในวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวข้างต้น

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวกัญญา เพ็ชรศรี)
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

งานพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ

โทรศัพท์ ๐ ๗๔๖๑ ๓๑๒๗ ต่อ ๓๐๕, ๓๐๖

โทรสาร ๐ ๗๔๖๑ ๒๓๔๔

เอกสารนี้ลงนามด้วยลายมือชื่ออิเล็กทรอนิกส์

แบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม
โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ประจำปีงบประมาณ ๒๕๗๐
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
ระหว่างวันที่ ๒๓ - ๒๔ กันยายน ๒๕๖๙
ณ ห้องประชุมชั้น ๕ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพัทลุง
ตำบลคูหาสวรรค์ อำเภอเมืองพัทลุง จังหวัดพัทลุง

รายชื่อผู้เข้าร่วมประชุม

๑. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....

*แจ้งความประสงค์เข้าร่วมประชุม

- ☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยมอบหมายผู้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

๒. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....

*แจ้งความประสงค์เข้าร่วมประชุม

- ☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยมอบหมายผู้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

๓. ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....
โทรศัพท์.....

*แจ้งความประสงค์เข้าร่วมประชุม

- ☐ สามารถเข้าร่วมประชุมได้
☐ ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยมอบหมายผู้เข้าร่วมประชุมแทน

ชื่อ - สกุล.....

ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....