



ที่ สธ ๐๒๔๑/ว ๓๑

สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

๑๙ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญประชุมผู้ประสานกีฬา เขตสุขภาพที่ ๕

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด / ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่ง
ในเขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. วาระการประชุม จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุพรรณบุรีร่วมกับโรงพยาบาลเจ้าพระยามรราชเป็นเจ้าภาพจัดการแข่งขันกีฬาสาธารณสุขสามัคคี เขตสุขภาพที่ ๕ ระหว่างวันที่ ๑๑-๑๕ มกราคม ๒๕๕๙ ณ สถาบันการพลศึกษาจังหวัดสุพรรณบุรี เสร็จสิ้นเรียบร้อยแล้ว นั้น

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ จึงขอเชิญผู้ประสานกีฬาในหน่วยงานของท่านเข้าร่วมประชุม ในวันอังคารที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๕ จังหวัดราชบุรี เพื่อสรุปผลการแข่งขันกีฬาระดับเขตและเตรียมความพร้อมในการแข่งขันกีฬาระดับภาคและระดับกระทรวงต่อไป ทั้งนี้ โปรดส่งแบบตอบรับไปยัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๙ โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และแจ้งผู้เกี่ยวข้องเข้าร่วมประชุมดังกล่าว จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุพจน์ จิระราชวโร)

รองผู้อำนวยการ ปฏิบัติราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มอำนวยการ

โทร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔

โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสานงาน : นายชัชวาล นฤพนธ์จิรกุล สสจ.สุพรรณบุรี โทรศัพท์ ๐๘ ๙๐๐๕ ๒๐๗๐

วาระการประชุม

ผู้ประสานกีฬา เขตสุขภาพที่ ๕

วันที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐ น.

ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๕ ราชบุรี อ.เมือง จ.ราชบุรี

เรื่องที่ประธานแจ้งให้ทราบ

๑. สรุปผลการแข่งขัน (เอกสารแนบ)

เรื่องเพื่อพิจารณา

๑. ติดตามมติของกระทรวงกรณี โรงพยาบาลบ้านแพ้ว จ.สมุทรสาคร

๒. การมอบหมายจังหวัดรับผิดชอบกีฬาเพื่อเข้าร่วมการแข่งขันกีฬาสาธารณสุขสามัคคี ครั้งที่ ๓๗

๑. ฟุตบอล
๒. ฟุตซอล
๓. บาสเกตบอลชาย
๔. บาสเกตบอลหญิง
๕. วอลเลย์บอลชาย
๖. วอลเลย์บอลหญิง
๗. เซปักตะกร้อ ชาย
๘. แบดมินตัน
๙. ปาเป้า
๑๐. เทเบิลเทนนิส
๑๑. เปตอง
๑๒. หมากกระดาน
๑๓. เทนนิส.....
๑๔. วายน้ำ
๑๕. กรีฑา.....

๓. งบประมาณในการบริหารจัดการทีม ที่เข้าร่วมการแข่งขันกีฬาสาธารณสุขสามัคคี ครั้งที่ ๓๗

เรื่องอื่น ๆ

(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุมผู้ประสานกีฬา เขตสุขภาพที่ ๕
วันอังคารที่ ๒๖ มกราคม ๒๕๕๙ เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.
ณ ห้องประชุมดาวเรือง อาคารอำนวยการ ชั้น ๓ ศูนย์อนามัยที่ ๕ อ.เมือง จ.ราชบุรี

หน่วยงาน.....จังหวัด.....

๑. ผู้ประสานหลัก จำนวนหน่วยงานละ ๒ คน

๑.๑ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เบอร์มือถือ.....E-mail.....

๑.๒ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

เบอร์มือถือ.....E-mail.....

๒. ผู้เข้าร่วมประชุม

๒.๑ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒.๒ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

๒.๓ ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ ผู้แจ้งข้อมูล

(.....)

โทรศัพท์.....

วันที่

ขอให้แจ้งชื่อผู้เข้าร่วมประชุมและส่งแบบตอบรับไปยัง สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๒๕ มกราคม ๒๕๕๙