



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ที่ สธ ๑๑๐๓.๓๐/ ๔๒๔

วันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๖

เรื่อง ขอเชิญร่วมโครงการสถาบันพระบรมราชชนก สัญจร (“สบช.สัญจร”) ปีการศึกษา ๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยในสังกัดคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

ตามที่สถาบันพระบรมราชชนก ได้จัดโครงการสถาบันพระบรมราชชนก สัญจร (“สบช.สัญจร”) ปีการศึกษา ๒๕๖๗ โดยมีมหาวิทยาลัยศรีมหาสารคาม ร่วมกับ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น และวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ดำเนินการจัดกิจกรรม ๓ กิจกรรม คือ ๑) พิธีลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการระหว่างสถาบันพระบรมราชชนกกับสถาบันการศึกษา ในสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด สังกัดบริหารการศึกษาศึกษาพิเศษ และสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขตสุขภาพที่ ๗ ๒) แนะนำการศึกษาสำหรับคุณครูแนะแนวเพื่อรับฟังแนวทางการรับสมัครบุคคลเข้าศึกษาให้กับ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในระดับอำเภอและระดับจังหวัดที่สนใจเข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและสร้างความเข้าใจ สร้างแรงจูงใจในการเข้าศึกษาต่อในสถาบันพระบรมราชชนก ๓) กิจกรรมนิทรรศการ โดยมีผู้เข้าร่วม กิจกรรมประกอบด้วยผู้บริหาร คุณครูแนะแนวและนักเรียนผู้สนใจ คณะผู้บริหารจากสถาบันพระบรมราชชนกและแขกผู้มีเกียรติ นั้น

ในการนี้ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม ขอเรียนเชิญ ท่าน และคณะเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ในวันอังคารที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น. ณ โรงเรียนท่าขอนยางพิทยาคม อำเภอ กันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม โดยเบิกค่าใช้จ่ายการเดินทางไปราชการ ค่าเบี้ยเลี้ยง และค่าพาหนะ จากงบประมาณ ต้นสังกัด ทั้งนี้ ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมมายังวิทยาลัยทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pantila@smnc.ac.th ภายในวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป จะเป็นพระคุณ

(นางศิริณี อิ่มน้ำขาว)

ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

กำหนดการ



แบบตอบรับการเข้าร่วม
โครงการสถาบันพระบรมราชชนก สัณจร (“สบข.สัณจร”) ปีการศึกษา ๒๕๖๗
ในวันอังคารที่ ๑๔ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ เวลา ๐๘.๐๐-๑๒.๐๐น.
ณ โรงเรียนท่าขอนยางพิทยาคม จังหวัดมหาสารคาม

๑. ชื่อหน่วยงาน.....

๒. รายชื่อผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ - สกุล.....ตำแหน่ง.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

หมายเหตุ :

๑. กรุณาส่งแบบตอบรับให้กับวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

ภายในวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ pantila@smnc.ac.th

๒. ผู้ประสานงาน: ดร.จารุณี อินทฤทธิ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๑๔๔ ๘๐๕๐

คุณภัณชิตา อูรพนม หมายเลขโทรศัพท์ ๐๖ ๑๙๖๕ ๕๕๘๙