**แบบตอบรับ**

**การเข้าร่วมประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนการติดตามการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย**

**ครั้งที่ ๑/๒๕๖๖**

**วันศุกร์ที่ ๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๖ เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.  
ณ ห้องประชุมกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ อาคาร ๗ ชั้น ๗ กรมอนามัย และระบบออนไลน์**-------------------------------------------------------------------

ชื่อ....................................................................... นามสกุล.........................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................................................................................

หน่วยงาน....................................................................................................................................................................

ที่อยู่............................................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..................................................... เบอร์โทรศัพท์ (ที่ทำงาน)..................................................

โทรสาร............................................................................ E-mail..............................................................................

**🗆** ยินดีเข้าร่วมประชุม ณ สถานที่จัดประชุม  **🗆** ยินดีเข้าร่วมประชุม ผ่านระบบ Video Conference ด้วยโปรแกรม Zoom

**🗆** ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้

**🗆** ไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ โดยมอบหมายผู้แทน

๑. ชื่อ....................................................................... นามสกุล..................................................................................

ตำแหน่ง......................................................................................................................................................................

เบอร์โทรศัพท์ (มือถือ)..................................................... E-mail..............................................................................

อาหาร **🗆** ไทย **🗆** มังสวิรัติ **🗆** อิสลาม **🗆** อื่น ๆ...............................................................

**หลักฐานในการเบิกค่าเบี้ยประชุม**

๑. หนังสือเชิญประชุม

๒. หนังสือมอบหมาย กรณีเข้าร่วมประชุมแทน (มอบหมายโดยตรงให้ผู้เข้าร่วมประชุมแทน)

๒.๑ กรณีเชิญโดยระบุชื่อ ผู้ที่ได้รับมอบหมาย หรือผู้แทนไม่สามารถเบิกค่าเบี้ยประชุมได้

๒.๒ กรณีอนุกรรมการโดยตำแหน่งไม่สามารถเข้าร่วมประชุมได้ แต่ได้มอบหมายให้ผู้อื่นเข้าร่วมประชุมแทน

โดยทำเป็นหนังสือหรือมีการมอบหมาย ให้มอบหมายบุคคลใดบุคคลหนึ่งเข้าร่วมประชุมแทนโดยตรงเท่านั้น

๒.๓ กรณีเอกสารการเบิกจ่ายไม่ครบถ้วน ทางผู้จัดจะโอนเงินให้ภายหลังจากได้รับเอกสารครบถ้วนแล้วเท่านั้น

โดยหักค่าธรรมเนียมการโอนเงิน

๓. กรอกแบบฟอร์มแจ้งข้อมูลการรับเงินโอนผ่านระบบ KTB Corporate Online

๔. สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร

**กรุณาส่งแบบตอบรับ ภายในวันอังคารที่ ๘ สิงหาคม ๒๕๖๖**

ที่กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ประสานงาน : นางณัฏฐกา กิจสมมารถ และ นางสาวรดาธร เชื้อทองดี

โทรศัพท์. ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๘๕ , ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๔๘ โทรสาร. ๐ ๒๕๙๐ ๔๕๘๔

E-mail : pap.dopah@gmail.com