

2-2 พ.ศ. 2569

กองการศึกษา
โรงเรียน
ที่ ชร ๑๐๑๓๗/วข๑๗๕๘



สำนักงานเทศบาลตำบลเวียงพางคำ	เลขที่รับ	2226
วันที่	22	พ.ศ. 2569
เวลา	๒๐	: ๑๕ น.

ที่ว่าการอำเภอแม่สาย
ถนนพหลโยธิน ชร ๕๗๑๓๐

๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๙

เรื่อง การคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

เรียน นายกองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบตอบรับรายชื่อเข้าร่วมคัดเลือกสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัครคัดเลือกเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนอำเภอ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยอำเภอได้รับแจ้งจากบ้านพักเด็กและครอบครัวจังหวัดเชียงรายว่า ได้รับประสานการดำเนินงานจัดตั้งคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล จำนวน ๑๐ แห่ง ในพื้นที่อำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย และได้รับรายงานประกาศแต่งตั้งคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาลแล้ว จำนวน ๑ แห่ง คงเหลือ ๙ แห่ง คือ ๑. เทศบาลตำบลแม่สาย ๒. เทศบาลตำบลห้วยไคร้ ๓. เทศบาลตำบลเวียงพางคำ ๔. เทศบาลตำบลแม่สายมิตรภาพ ๕. องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยไคร้ ๖. องค์การบริหารส่วนตำบลเกาะช้าง ๗. องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งผา ๘. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านด้าย และ ๙. องค์การบริหารส่วนตำบลโป่งงาม

อำเภอแม่สายพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อให้การดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง มอบหมายเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสภาเด็กและเยาวชนระดับตำบล/เทศบาล ประสานนำประธานและตัวแทนคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนตำบล/เทศบาล แห่งละ ๔ คน เข้าร่วมคัดเลือกคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ ในวันพฤหัสบดี ที่ ๒๘ พฤษภาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุม ชั้น ๒ ที่ว่าการอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย ทั้งนี้ หากไม่สามารถเข้าร่วมได้ กรุณาทำหนังสือแจ้งให้อำเภอทราบภายในวันอังคารที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสิทธิศักดิ์ อินใจคำ)

ปลัดอำเภอ (จพง.ปค.ชำนาญการพิเศษ) รักษาการฯ

นายอำเภอแม่สาย

ที่ทำการปกครองอำเภอ
กลุ่มงานบริหารงานปกครอง (สำนักงานอำเภอ)
โทร/โทรสาร ๐ ๕๓๗๓ ๑๓๙๖

แบบตอบรับรายชื่อเข้าร่วมคัดเลือกสภาเด็กและเยาวชนระดับอำเภอ

สภาเด็กและเยาวชน.....

เข้าร่วมได้ ไม่สามารถเข้าร่วมได้ เนื่องจาก.....

เจ้าหน้าที่ผู้เข้าร่วม จำนวน.....คน

สภาเด็กและเยาวชน จำนวน.....คน

ที่	ชื่อ-สกุล	เบอร์โทรติดต่อ
๑.		
๒.		
๓.		
๔.		
๕.		
๖.		
๗.		
๘.		
๙.		
๑๐.		

ใบสมัครคัดเลือก
เป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชนอำเภอ.....

1. ชื่อ (ต.ช./ต.ญ./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
2. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
3. สถานที่ติดต่อ เลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
โทรศัพท์มือถือ.....E-mail.....
4. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....
มารดาชื่อ.....นามสกุล.....
5. การศึกษา
 - () กำลังศึกษาในระดับชั้น.....
ชื่อสถานศึกษา.....
 - () จบการศึกษา ระดับ.....
6. อาชีพ.....ชื่อสถานประกอบอาชีพ.....
7. ประสบการณ์การทำงาน
8. ประเภทความพิการ (ถ้ามี)
 - (1) ความพิการทางการเห็น
 - (2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
 - (3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
 - (4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
 - (5) ความพิการทางสติปัญญา
 - (6) ความพิการทางการเรียนรู้
 - (7) ความพิการทางออทิสติก
9. ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบในภายหลัง
พบว่าข้อความที่ไม่เป็นความจริง ข้าพเจ้ายินดีให้ตัดสิทธิ์ในการเป็นคณะกรรมการสภาเด็กและเยาวชน
อำเภอ.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....