

ที่ นม ๐๐๒๐.๑/ว ๖๗๔๗

เรียน เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดนครราชสีมา สาขาทุกสาขา

สำนักงานที่ดินจังหวัดนครราชสีมา ขอส่งสำเนาหนังสือ
จังหวัดนครราชสีมา ที่ นม ๐๐๑๗.๕/ว ๑๐๗๒
ลงวันที่ ๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วม
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการ
สื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน” มาเพื่อทราบ ผู้ที่สนใจ
สามารถลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้ตั้งแต่บัดนี้
จนถึงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

and

(นายณรงค์ชัย หอมศรีประเสริฐ)
เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดนครราชสีมา
๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓



สำนักงานส่งเสริมจังหวัดนครราชสีมา
 เลขรับ 2683
 วันที่ 12 ก.พ. 2563
 เวลา 15:14

ที่ นม ๐๐๑๗.๕/ว ๑๐๗๒

ศาลากลางจังหวัดนครราชสีมา
 ถนนมหาธาตุไทย นม ๓๐๐๐๐

๑๒ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน”
 เรียน หัวหน้าส่วนราชการประจำจังหวัดนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ จำนวน ๑ ฉบับ
 ๒. แบบตอบรับ จำนวน ๑ ฉบับ


ด้วยจังหวัดนครราชสีมาได้รับแจ้งว่า ศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ได้จัดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน” เพื่อพัฒนาบุคลากรมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาและหน่วยงานภายนอกให้มีความรู้ความเข้าใจในการใช้ภาษามือไทยในการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน ในวันที่ ๒๐-๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ รีสอร์ททวายเทียงฮิลล์ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา โดยขอเชิญบุคลากรที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ ทั้งนี้ ผู้ที่สนใจสามารถลงทะเบียนสมัครเข้าร่วมโครงการฯ ได้ตั้งแต่บัดนี้จนถึงวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ผ่านทาง QR Code ด้านล่างนี้ หรือส่งแบบตอบรับได้ที่ โทรศัพท์หมายเลข ๐๔๔-๒๗๒๙๔๒


ในการนี้ จังหวัดนครราชสีมาขอเชิญบุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน” ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

เรียน เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดนครราชสีมา
 - เพื่อไปทราบ


 นางสาวศิริพร นนทราณี
 หัวหน้าฝ่ายอำนาจการ
 12 ก.พ. 2563


 (นายอภิรักษ์ เผือกอุ๋ง)
 รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
 ผู้ว่าราชการจังหวัดนครราชสีมา

- ทราบ
 1 ฉบับให้กองพัฒนา
 me

สำนักงานจังหวัด
 กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 โทร ๐-๔๔๒-๔๓๐๘๐ มท. ๓๖๔๓๘



QR Code ลงทะเบียนสมัครฯ

(นายอรรถชัย ทนต๊ะไปรัมย์) เจ้าพนักงานที่ดินจังหวัดนครราชสีมา
 ๑๒ ก.พ. ๒๕๖๓

โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน”

ณ รีสอร์ทหยายเที่ยงฮิลล์ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

วันที่ 20-21 กุมภาพันธ์ 2563

วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

- 07.00-09.00 น. คณะออกเดินทางสู่รีสอร์ทหยายเที่ยงฮิลล์ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา
- 09.00-09.30 น. ลงทะเบียน และเปิดโครงการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน” โดย ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ดร.วาระดี ชาญวิรัตน์
- 09.30-09.50 น. ชมวีดีโอบันทึกการแนะนำหน่วยงานสนับสนุนนักศึกษาพิการ (DSS) ศูนย์การศึกษาพิเศษ
- 09.50-10.20 น. รับฟังการบรรยายหัวข้อ ภาษามือกับคนหูหนวก
โดย นายปริวัตร ส่างหล้านาง
- 10.20-10.40 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 10.40-12.00 น. ให้ผู้เข้าอบรมทำแบบทดสอบก่อนการอบรม
- 12.00-13.00 น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- 13.00-14.00 น. ฝึกการปฏิบัติภาษามือไทย
โดย นายปริวัตร ส่างหล้านาง และ นางสาววรรณรัตน์ พวงมาลัย
- 14.00-14.20 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 14.20-16.00 น. ฝึกการปฏิบัติภาษามือไทย
โดย นายปริวัตร ส่างหล้านางและ นางสาววรรณรัตน์ พวงมาลัย
- 16.00-18.00 น. ฝึกการปฏิบัติภาษามือไทย
โดย นายปริวัตร ส่างหล้านาง และ นางสาววรรณรัตน์ พวงมาลัย
- 18.00-19.00 น. รับประทานอาหารเย็น และพักผ่อนตามอัธยาศัย

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2563

- 09.00-10.00 น. ทบทวนภาษามือไทย
โดย นายปริวัตร ส่างหล้านาง และ นางสาววรรณรัตน์ พวงมาลัย
- 10.00-11.00 น. ให้ผู้เข้าอบรมทำแบบทดสอบหลังการอบรม
- 11.00-11.15 น. พักรับประทานอาหารว่าง
- 11.15-12.00 น. พิธีปิดโครงการ

**กำหนดการอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม



แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการ
โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ “ภาษามือไทยพื้นฐานเพื่อการสื่อสารกับผู้พิการทางการได้ยิน”
ในวันที่ ๒๐-๒๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
ณ รีสอร์ทหยายเที่ยงฮิลล์ อำเภอสีคิ้ว จังหวัดนครราชสีมา

๑. ชื่อผู้เข้าอบรมโครงการ.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....
๒. ชื่อผู้เข้าอบรมโครงการ.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....
๓. ชื่อผู้เข้าอบรมโครงการ.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....
๔. ชื่อผู้เข้าอบรมโครงการ.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....
๕. ชื่อผู้เข้าอบรมโครงการ.....
ที่อยู่.....
เบอร์โทรศัพท์.....

ลงชื่อ.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โปรดส่งแบบตอบรับภายในวันที่ ๑๔ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓
ณ ห้องสำนักงานอาคารศูนย์การศึกษาพิเศษ หรือ ส่ง Fax ๐๔๔-๒๗๒๙๔๒
ติดต่อสอบถามได้ นางสาวอารีวรรณ อ่อนแก้ว เบอร์ติดต่อ ๐๙๑-๔๑๕๕๐๐๙