



## สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

๓ ถนนป่าขาม ๑ ตำบลหัวเวียง อำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง ๕๒๐๐๐

โทรศัพท์ ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔ มือถือ ๐๘ ๓๗๖๖ ๓๑๑๓ โทรสาร ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

www.lphosaving.com E-mail: lphosaving@hotmail.co.th

ที่ สอ.สร.สป.ว ๑๕๑ /๒๕๖๑

๒๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๑

เรื่อง เชิญชวนเข้าร่วมโครงการสัญจรพบสมาชิก

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้ช่วยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลำปาง หัวหน้างานกลุ่มงานทุกงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ หัวหน้าส่วนราชการอื่นๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้าร่วมโครงการประชุมสัญจร จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยที่ผ่านมาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด ได้จัดให้มีโครงการสัญจรพบสมาชิก เพื่อเป็นการพบปะกับสมาชิก ให้ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องของสหกรณ์ และให้มีโอกาส พูดคุยแลกเปลี่ยนกับสหกรณ์ฯ ให้การดำเนินงานเป็นไปตามอุดมการณ์ของสหกรณ์ ที่เชื่อว่าการช่วยตนเองและการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ตามหลักการสหกรณ์ฯ จะนำไปสู่การ กินดี อยู่ดี มีความเป็นธรรม และสันติสุขในสังคม

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด พิจารณาแล้วเห็นว่าโครงการดังกล่าว เป็นประโยชน์ต่อสมาชิก จึงใคร่ขอเรียนเชิญหน่วยงานใดที่สนใจ ต้องการให้สหกรณ์ฯ มาพบปะ และให้ความรู้ ความเข้าใจ สามารถทำหนังสือถึงสหกรณ์ฯ ได้ เพียงระบุเรื่องที่ต้องการให้สหกรณ์ฯ มาบรรยาย และต้องมีสมาชิกลงชื่อเข้าร่วมอย่างน้อย ๓๐ คนขึ้นไป (ตามเอกสารสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑) ซึ่งในปีนี้สหกรณ์ฯ ได้กำหนดให้จัดโครงการสัญจรพบสมาชิกไว้ ๔ แห่ง เมื่อสหกรณ์ฯ ได้รับหนังสือจากหน่วยงานแล้ว สหกรณ์ฯ จะพิจารณากำหนดวัน เวลา ที่จะเข้าพบให้ทราบต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดประชาสัมพันธ์ให้สมาชิกทราบโดยทั่วกันด้วย จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายนิเวศย์ ตันตาปกุล)

ประธานกรรมการ

สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

แผนกธุรการ

โทร. ๐ ๕๔๒๒ ๖๓๘๔

โทรสาร. ๐ ๕๔๓๒ ๓๙๙๑

ใบสมัครการเข้าร่วม  
โครงการประชุมสัมมนา  
สหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด

\*\*\*\*\*

เรื่องที่ยากให้สหกรณ์เข้าพบ.....

- |     |                |                |             |
|-----|----------------|----------------|-------------|
| ๑.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๓.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๔.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๕.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๖.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๗.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๘.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๙.  | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๐. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๑. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๒. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๓. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๔. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๕. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๖. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๗. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๘. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๑๙. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๐. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๑. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๒. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๓. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๔. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๕. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๖. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๗. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๘. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๒๙. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |
| ๓๐. | ชื่อ-สกุล..... | เลขสมาชิก..... | มือถือ..... |

\*\*\*\*\*

กำหนดหลักเกณฑ์เงื่อนไขการรับสมัคร

๑. ต้องเป็นสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด
๒. สหกรณ์จะสนับสนุนค่าเบี้ยเลี้ยงให้สมาชิกที่แจ้งความประสงค์ จำนวน ๓๐ คนๆ ละ ๒๐๐ บาท พร้อมอาหารว่าง ๑ มื้อ (ต้องเข้าร่วมตลอดระยะเวลาการประชุม)
๓. นอกเหนือจากหลักเกณฑ์และเงื่อนไขข้างต้นให้อยู่ในดุลยพินิจของคณะกรรมการดำเนินการสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขลำปาง จำกัด