องค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ
เลขรับที่ ๑๖๐๖
วันที่ ๓๑ / ก.ค. / ๖๙
เวลา ๑๕.๔๗ น.

ที่ กษ ๐๓๒๗/ ๑๑๖๗

กรมชลประทาน
ถนนสามเสน กทม. ๑๐๓๐๐

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๙

เรื่อง ขอเรียนเชิญเข้าร่วมประชุมปฐมนิเทศโครงการจัดทำแผนพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบลตามผังน้ำ กลุ่มพื้นที่ภาคใต้

เรียน นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหนองกะปุ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมปฐมนิเทศโครงการ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบฟอร์มตอบรับการเข้าร่วมประชุมปฐมนิเทศโครงการ จำนวน ๑ ชุด

ตามสัญญาจ้างที่ปรึกษาเลขที่ จ.๘๓/๒๕๖๙ (สพด.) ลงวันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๙ กรมชลประทาน ว่าจ้างกลุ่มบริษัทที่ปรึกษา ประกอบด้วย บริษัท ทีม คอนซัลติ้ง เอนจิเนียริ่ง แอนด์ แมเนจเมนท์ จำกัด (มหาชน) บริษัท ซิกม่า ไฮโดร คอนซัลแตนท์ จำกัด บริษัท ชลนวัต จำกัด และบริษัท คอนซัลแทนท์ ออฟ เทคโนโลยี จำกัด เพื่อปฏิบัติงานโครงการจัดทำแผนพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบลตามผังน้ำ กลุ่มพื้นที่ภาคใต้ ระยะเวลา ๗๒๐ วัน เริ่มอายุสัญญาวันที่ ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๙ ครบกำหนดอายุสัญญาวันที่ ๑๔ พฤษภาคม ๒๕๗๑ นั้น

ในการศึกษาโครงการดังกล่าว กรมชลประทานเล็งเห็นถึงความสำคัญในการดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์และการมีส่วนร่วมของประชาชนตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงานโครงการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประชาสัมพันธ์โครงการจัดทำแผนพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบลตามผังน้ำ กลุ่มพื้นที่ภาคใต้ ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับทราบ พร้อมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะจากผู้เข้าร่วมประชุม เพื่อนำไปประกอบการศึกษาโครงการ จึงได้จัดให้มีการประชุมปฐมนิเทศโครงการ **เวทีที่ ๑ วันอังคารที่ ๔ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ – ๑๖.๐๐ น. ณ ห้องประชุมศักดิเดชน์ ศูนย์วิทยบริการและชุมชนสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพชรบุรี ตำบลไร่ส้ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี** จึงขอเรียนเชิญท่านหรือผู้แทนเข้าร่วมการประชุมปฐมนิเทศโครงการ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าว รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ - ๒ ทั้งนี้ ได้มอบหมายนางสาวสุรินทรา แก้วละมุล ผู้ช่วยผู้เชี่ยวชาญด้านการประชาสัมพันธ์ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๙ ๘๕๙๕ ๑๖๔๖ เป็นผู้ประสานงานการประชุมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวลภิณโกพร์ จาตะวงษ์)
ผู้เชี่ยวชาญด้านวิเคราะห์เศรษฐกิจโครงการพัฒนาแหล่งน้ำ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการสำนักบริหารโครงการ ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมชลประทาน

สำนักบริหารโครงการ
โทร. ๐ ๒๒๔๑ ๒๖๘๐
โทรสาร ๐ ๒๖๖๙ ๓๕๘๐

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

กำหนดการประชุม
ปฐมนิเทศโครงการ เวทีที่ ๑
โครงการจัดทำแผนพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบลตามผังน้ำ กลุ่มพื้นที่ภาคใต้
วันอังคารที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙:๐๐ น. – ๑๖:๐๐ น.
ณ ห้องประชุมศักดิเดชน์ ศูนย์วิทยบริการและชุมชนสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพชรบุรี
ตำบลไร่ส้ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

เวลา	**รายละเอียด**
๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น.	ลงทะเบียน
๐๙.๓๐ – ๐๙.๕๕ น.	พิธีเปิดการประชุมปฐมนิเทศโครงการ
	• กล่าวรายงานวัตถุประสงค์การประชุม โดย ผู้แทนกรมชลประทาน
	• กล่าวเปิดการประชุม โดย ผู้ว่าราชการจังหวัดเพชรบุรี
๐๙.๕๕ – ๑๐.๔๐ น.	นำเสนอภาพรวมรายละเอียดโครงการ โดย บริษัทที่ปรึกษา
๑๐.๔๐ – ๑๐.๕๕ น.	พักการประชุม
๑๐.๕๕ – ๑๑.๑๕ น.	แนะนำและสาธิตการใช้งานแอปพลิเคชันสำหรับการสำรวจและจัดเก็บข้อมูล พร้อมชี้แจงช่องทางการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้เสีย โดย บริษัทที่ปรึกษา
๑๑.๑๕ – ๑๒.๐๐ น.	รับฟังความคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และประเด็นปัญหาด้านทรัพยากรน้ำ
๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
๑๓.๐๐ – ๑๔.๓๐ น.	หารือและรับฟังความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบล
๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น.	พักการประชุม
๑๔.๔๕ – ๑๕.๓๐ น.	สรุปประเด็นความคิดเห็น ตอบข้อซักถาม และแลกเปลี่ยนข้อเสนอแนะ
๑๕.๓๐ – ๑๕.๕๐ น.	ชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงานในระยะถัดไป
๑๕.๕๐ – ๑๖.๐๐ น.	กล่าวปิดการประชุมปฐมนิเทศโครงการ

แบบฟอร์มตอบรับการเข้าร่วมประชุมปฐมนิเทศโครงการ เวทีที่ ๑
โครงการจัดทำแผนพัฒนาแหล่งน้ำระดับตำบลตามผังน้ำ กลุ่มพื้นที่ภาคใต้
อังคารที่ ๔ สิงหาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙:๐๐ น. – ๑๖:๐๐ น.
ณ ห้องประชุมศักดิเดชน์ ศูนย์วิทยบริการและชุมชนสัมพันธ์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพชรบุรี
ตำบลไร่ส้ม อำเภอเมืองเพชรบุรี จังหวัดเพชรบุรี

๑. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง (ถ้ามี) .....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

๒. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง (ถ้ามี) .....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

๓. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง (ถ้ามี) .....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

๔. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง (ถ้ามี) .....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

๕. ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง (ถ้ามี) .....
บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....มือถือ.....

กรุณาส่ง
แบบฟอร์มตอบรับภายในวันที่ ๓๐ กรกฎาคม ๒๕๖๙
ส่งใบตอบรับมาที่ : คุณสุรินทรา แก้วละมุล มือถือ ๐๙ ๘๕๙๕ ๑๖๔๖
อีเมล : surintra_k@team.co.th

LINE
ไลน์กลุ่มโครงการ