



แบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการประชุมสมาชิกสหกรณ์ ประจำปี ๒๕๕๔
(ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วันพฤหัสบดี ที่ ๒๗ ตุลาคม ๒๕๕๔

ณ โรงแรมในเขตเทศบาลนครอุบลราชธานี อ.เมืองอุบลราชธานี จ.อุบลราชธานี

วันที่

เรียน ผู้จัดการสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำกัด

ด้วย อบจ./เทศบาล/อบต. ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... ขอแจ้งรายชื่อสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์กรมส่งเสริม
การปกครองท้องถิ่น จำกัด ในสังกัด เพื่อเข้าร่วมโครงการประชุมสมาชิกสหกรณ์ฯ จำนวน คน ดังนี้

๑. นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
๒. นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
๓. นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
๔. นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....
๕. นาย/นาง/นางสาว.....เลขทะเบียนสมาชิก.....

(.....)

ปลัด อบจ./ปลัดเทศบาล/ปลัด อบต.

* หากปลัดไม่อยู่ ให้รองปลัด หัวหน้าสำนักปลัด หรือผู้รักษาราชการแทน เป็นผู้ลงนามได้ ทั้งนี้ การรับรองดังกล่าว
เป็นเพียงการตรวจสอบเบื้องต้นของ อปท.ต้นสังกัดว่าบุคคลดังกล่าวเป็นสมาชิกของสหกรณ์ สด.

หมายเหตุ : ๑. สหกรณ์ฯ สงวนสิทธิ์ในการพิจารณารายชื่อสมาชิกผู้เข้าร่วมโครงการ กรณีมีผู้ยื่นความ
ประสงค์เกินกว่าจำนวนที่โครงการกำหนด โดยสหกรณ์ฯจะแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมและสถานที่ ในวันที่
พุธที่ ๑๙ ตุลาคม ๒๕๕๔ ทางเว็บไซต์ www.dlasavingcoop.com

๒. กำหนดส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมโครงการฯ ได้ในระหว่างวันที่ ๗ - ๑๗ ตุลาคม
๒๕๕๔ (รวม ๑๑ วัน ไม่เว้นวันหยุดราชการ) หากส่งก่อนหรือส่งเกินกำหนด สหกรณ์ฯจะไม่รับพิจารณา

๓. กรณีมีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการฯ ให้ติดต่อเจ้าหน้าที่โครงการ ดังนี้

๓.๑ คุณประวีตร	ริมสกุล	หมายเลขติดต่อ ๐๘๑-๑๐๗๘๖๑๖
๓.๒ คุณทศพล	สุรพันธ์วรเวช	หมายเลขติดต่อ ๐๘๙-๙๒๓๕๓๐๑
๓.๓ คุณโสภภาพรณ	เชยกกลิ่นเทศ	หมายเลขติดต่อ ๐๘๑-๒๕๕๓๑๕๑
๓.๔ คุณพัชรินทร์	หินเมืองเก่า	หมายเลขติดต่อ ๐๘๔-๕๒๑๙๔๔๐
๓.๕ คุณไชยดิษฐ์	งามกร	หมายเลขติดต่อ ๐๘๕-๑๐๖๑๖๖๖