ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๐๗.๐๓/๖๙๔๘

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑๗ กรกฎาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอเชิญประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการงบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๑ – ๑๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการประชุมฯ จำนวน ๑ แผ่น
๒. ใบตอบรับเข้าร่วมประชุมฯ จำนวน ๑ แผ่น
๓. ใบจองที่พัก จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการงบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ สำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อม ซักซ้อมความเข้าใจในการดำเนินการบริหารจัดการงบลงทุน ค่าครุภัณฑ์ ที่ดินและสิ่งก่อสร้าง งบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถจัดซื้อจัดจ้าง ก่อหนี้ผูกพัน และเบิกจ่ายงบประมาณได้ตามมาตรการที่กำหนดของงบประมาณรายจ่ายประจำปี โดยมีกำหนดการประชุมฯ ในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอเชิญ ท่าน และผู้เกี่ยวข้อง จำนวน ๑ ท่าน .....
.....
เข้าร่วมประชุมฯ ดังรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางเข้าร่วมประชุมฯ จากหน่วยงานต้นสังกัด ทั้งนี้ ขอให้ส่งแบบตอบรับการประชุมฯ ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดเข้าร่วมประชุมฯ ตามวัน เวลา และสถานที่ดังกล่าวต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายมรุต จิรเศรษฐสิริ)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์
ปฏิบัติราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กองบริหารการสาธารณสุข
กลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค
โทร./โทรสาร ๐ ๒๕๙๐ ๑๗๓๙

กำหนดการประชุม
เชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการงบลงทุนงบประมาณรายจ่ายประจำปี
งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับหน่วยงานภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ในวันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ ถนนแจ้งวัฒนะ
แขวงทุ่งสองห้อง เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑

เวลา ๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน
เวลา ๐๙.๐๐ – ๐๙.๓๐ น.	กล่าวเปิดการประชุมฯ และมอบนโยบายการบริหารจัดการงบลงทุน ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ **โดย** นายแพทย์เจษฎา โชคดำรงสุข ปลัดกระทรวงสาธารณสุข กล่าวรายงานการประชุม **โดย** นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
เวลา ๐๙.๓๐ - ๑๐.๓๐ น.	บรรยายการบริหารจัดการงบลงทุนปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๑-๒๕๖๒ **โดย** นายแพทย์มรุต จิรเศรษฐสิริ
เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น.	การบรรยายพระราชบัญญัติวินัยการเงินการคลังของรัฐ พ.ศ.๒๕๖๑ **โดย** อธิบดีกรมบัญชีกลาง หรือผู้แทน
เวลา ๑๒.๐๐ – ๑๓.๐๐ น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน
เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๔.๐๐ น.	การบรรยายการบริหารงบประมาณรายจ่ายประจำปี ๒๕๖๒ **โดย** ผู้อำนวยการสำนักงบประมาณ หรือผู้แทน
เวลา ๑๔.๐๐ - ๑๕.๐๐ น.	การบรรยายโปรแกรมบริหารงบประมาณ NEXT GOV, HAD-I **โดย** นางกฤษณา ประกอบชีพ หัวหน้าคณะวิจัย NEXT GOV, HAD-I
เวลา ๑๕.๐๐ – ๑๖.๓๐ น.	อภิปรายปัญหาทั่วไป และซักถามปัญหา **โดย** ๑. ผู้อำนวยการกองแบบแผน หรือผู้แทน ๒. ผู้อำนวยการกองกฎหมาย หรือผู้แทน ๓. ผู้อำนวยการกองบริหารการคลัง หรือผู้แทน ๔. นางมยุรี เอี่ยมเจริญ ๕. นายแพทย์ธีรพงศ์ ตุนาค ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข ดำเนินการอภิปราย
เวลา ๑๖.๓๐ น.	ปิดการประชุม

หมายเหตุ -กำหนดการสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม
-พักรับประทานอาหารว่างพร้อมเครื่องดื่มระหว่างการประชุม

แบบตอบรับเข้าร่วมประชุม

การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการงบลงทุน งบประมาณรายจ่ายประจำปี งบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ สำหรับหน่วยงานส่วนภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
วันที่ ๖ สิงหาคม ๒๕๖๑ เวลา ๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.
ณ โรงแรมเซ็นทรา บายเซ็นทาราศูนย์ราชการ และคอนเวนชั่นเซนเตอร์
ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ กรุงเทพมหานคร

๑. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรติดต่อ..... เบอร์มือถือ.....

E-mail.....

๒. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรติดต่อ..... เบอร์มือถือ.....

E-mail. .....

๓. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรติดต่อ..... เบอร์มือถือ.....

E-mail. .....

๔. ชื่อ-สกุล..... ตำแหน่ง.....

สถานที่ปฏิบัติงาน..... จังหวัด.....

เบอร์โทรติดต่อ..... เบอร์มือถือ.....

E-mail. .....

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบตอบรับการเข้าร่วมประชุม ภายในวันที่ ๒๐ กรกฎาคม ๒๕๖๑ ไปยังกลุ่มงานบริหารงบลงทุนภูมิภาค กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1750 หรือ E-mail.: usa_junsri@yahoo.com (เขต 1)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1750 หรือ E-mail.: meaw_sri28@hotmail.com.com (เขต 2)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1750 หรือ E-mail.: Panyarhiran@gmail.com (เขต 3)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1754 หรือ E-mail.: KuKKai34ce@hotmail.com (เขต 4)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1754 หรือ E-mail.: Luyapanster@gmail.com (เขต 5)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1754 หรือ E-mail.: bum.67@hotmail.com (เขต 6)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1689 หรือ E-mail.: bunpoth@hotmail.com (เขต 7)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1752 หรือ E-mail.: savit13@hotmail.co.th (เขต 8)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1689 หรือ E-mail.: sirirath215@gmail.com (เขต 9)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1739 หรือ E-mail.: issriwdj@gmail.com (เขต 10)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1739 หรือ E-mail.: Wikunta072@gmail.com (เขต 11)

โทรสาร ๐๒-๕๙๐-1739 หรือ E-mail.: Orawan_2502@hotmail.com (เขต 12)

centra
GOVERNMENT COMPLEX
HOTEL & CONVENTION CENTRE
CHAENG WATTHANA

แบบฟอร์มการสำรองห้องพัก

โรงแรมเซ็นทรา บาย เซ็นทาราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ

ชื่องาน / ชื่อคณะ **การประชุมเชิงปฏิบัติการเตรียมความพร้อมการบริหารจัดการงบลงทุนงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**

สำหรับหน่วยงานภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันที่จัดงาน 6 สิงหาคม 2561

ชื่อ	นามสกุล
ตำแหน่ง	หน่วยงาน
ที่อยู่	
จังหวัด	
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ	หมายเลขโทรสาร
หมายเลขโทรศัพท์เคลื่อนที่	Email
ประสงค์สำรองห้องพัก	
วันที่เข้าพัก	วันที่เดินทางกลับ

ห้องเซ็นทราซูพีเรียร์ (เตียงคู่) มี 185 ห้อง

พัก 1 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 1,400 บาท
พัก 2 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 1,600 บาท
พัก 3 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,400 บาท

ห้องเซ็นทราดีลักซ์ (เตียงเดี่ยว) มี 7 ห้อง

พัก 1 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 1,900 บาท
พัก 2 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,100 บาท
พัก 3 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,900 บาท

ห้องเซ็นทราสวีท (เตียงเดี่ยว 1 ห้องนอน + 1 ห้องนั่งเล่น) มี 12 ห้อง

พัก 1 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,400 บาท
พัก 2 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,600 บาท
พัก 3 ท่าน จำนวน _____ ห้อง	ราคาต่อห้องต่อคืน 2,900 บาท

กรณีพักห้องคู่กรุณาใส่ชื่อและนามสกุลของผู้ที่พักร่วม

ชื่อ	นามสกุล
หน่วยงาน	

เงื่อนไขการสำรองห้องพัก

กรุณาสำรองห้องพักและชำระเงินล่วงหน้า 7 วันก่อนวันเข้าพัก

กรุณาชำระเงินเต็มจำนวน ตามราคาค่าห้องพักต่อหนึ่งคืน ส่วนที่เหลือชำระในวันสุดท้ายก่อนเดินทางกลับ

แจ้งโรงแรมทันทีที่ต้องการเปลี่ยนแปลงการจอง

การยกเลิกการจองสามารถทำได้โดยแจ้งโรงแรมล่วงหน้า 3 วันโดยไม่มีการเสียค่าปรับ

การยกเลิกการจองในวันที่เข้าพัก หรือไม่เข้าพักตามวันที่จอง โรงแรมจำเป็นต้องปรับค่าความเสียหายเป็นจำนวนเงินเท่ากับค่าห้องพักที่ชำระมาแล้วหนึ่งคืน

รายละเอียดการชำระเงิน โดยโอนเงินผ่านบัญชี

ทางโรงแรมจะแจ้งหมายเลขบัญชีอีกครั้งหลังจากยืนยันการสำรองห้องพัก

ช่องทางติดต่อแผนกสำรองห้องพัก

โทรศัพท์ 02-143-1234 ต่อ 8185 โทรสาร 02-143-1235 อีเมล์ rsvncgc@chr.co.th