**แบบตอบรับการเข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาในการจัดทำคู่มือสำหรับประชาชน**

สิ่งที่ส่งมาด้วย 4

**หน่วยงาน............................................................................................... วันที่เข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาฯ ………………...……….....………………….....**

**1. แจ้งความประสงค์การเข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาฯ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน )**

|  |  |
| --- | --- |
|  | ***ไม่ประสงค์*เข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาฯ เนื่องจากไม่มีงานที่เกี่ยวข้องตามพระราชบัญญัติ ฯ** |
|  | ***ประสงค์*เข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาฯ** *กรณีประสงค์เข้าร่วมคลินิก โปรดแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วม* |

**2. รายชื่อผู้เข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษาฯ**

**ชื่อผู้ประสานงาน………………………………...............………………เบอร์โทรศัพท์…………………………………………… e-Mail Address……………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ชื่อ** | **ตำแหน่ง** | **เบอร์โทรศัพท์** | **ลายมือชื่อ\*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

หมายเหตุ 1. \*ลายมือชื่อโปรดลงนามในวันที่เข้าร่วมคลินิกให้คำปรึกษา

2. โปรดดาวน์โหลดไฟล์แบบฟอร์มตอบรับจากเว็บไซต์สำนักงาน ก.พ.ร. www.opdc.go.th ในเมนู พ.ร.บ. การอำนวยความสะดวกฯ

และส่งไฟล์ไปยังอีเมล์ handbook@opdc.go.th ภายในวันที่ 27 เมษายน 2558 ด้วย จะขอบคุณยิ่ง จากนั้นสำนักงาน ก.พ.ร. จะแจ้งรอบเวลาเข้าคลินิก

ของหน่วยงานของท่านให้ทราบทางอีเมล์