



สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิชณุโลก

เลขที่ ๔๓๐ หมู่ ๖ ตำบลท่าทอง อำเภอเมืองฯ จังหวัดพิษณุโลก ๖๕๐๐๐

โทรศัพท์ ๐๕๕๒๔๕๑๑๑ โทรสาร ๐๕๕๒๔๗/๑๑๑ website <https://phitsanulok.nhso.go.th>

ที่ สปสช ๙.๓๕/๖๙๖๗

วันที่ ๒๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์การคัดเลือกผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนเป็นกรรมการใน
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดตาก

สิ่งที่ส่งมาด้วย ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิชณุโลก จำนวน ๑ ฉบับ
เรื่อง การคัดเลือกผู้แทนองค์กรและกลุ่มประชาชนเป็นกรรมการใน
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

ด้วย ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ เพื่อสนับสนุนให้
องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ.๒๕๖๙ ข้อ ๑๖(๙) ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต คัดเลือกผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนใน
จังหวัด โดยกระบวนการมีส่วนร่วม เพื่อเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด นั้น

ในการนี้ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิชณุโลก ขอความอนุเคราะห์
ประชาสัมพันธ์เชิญชวนให้องค์กรหรือกลุ่มประชาชนแจ้งความจำนง และส่งรายชื่อผู้แทนเข้าคัดเลือกตนเองเป็น
กรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ภายในวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๙
เวลา ๑๖.๓๐ น. รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้อง

ขอแสดงความนับถือ

(นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ)

ผู้อำนวยการกลุ่ม รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิชณุโลก

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ



ประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิษณุโลก
เรื่อง การคัดเลือกผู้แทนองค์กรและกลุ่มประชาชนเป็นกรรมการในคณะกรรมการ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

โดยที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ออกประกาศเรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้
องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
พ.ศ. ๒๕๖๙ มีกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด และคณะกรรมการกองทุน มีองค์ประกอบจากผู้แทน
องค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขตคัดเลือกโดยกระบวนการมีส่วนร่วม
ร่วม จำนวน ๓ คน เป็นกรรมการ

เพื่อให้การคัดเลือกผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน ตามข้อ ๑๖(๙) ของประกาศดังกล่าว
ดำเนินการโดยกระบวนการที่มีส่วนร่วม โปร่งใส จึงสมควรประกาศประชาสัมพันธ์ ขั้นตอน การแสดงความจำนง
ระยะเวลา และรูปแบบการคัดเลือก ที่ชัดเจนและได้ทราบโดยทั่วกัน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เขต ๒ พิษณุโลก จึงออกประกาศประชาสัมพันธ์ไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิษณุโลก (สปสช.เขต ๒ พิษณุโลก) จะมี
การคัดเลือกผู้แทนองค์กรและกลุ่มประชาชน เป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ
ระดับจังหวัด ซึ่งเป็นกองทุนตามข้อ ๗ และข้อ ๘ ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่อง
หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพใน
ระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๙ และมีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด
องค์ประกอบและอำนาจหน้าที่ ตามข้อ ๑๖ และข้อ ๒๑ ของเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่มีสิทธิส่งชื่อผู้แทนเข้ารับการคัดเลือกเป็นกรรมการในคณะ
กองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด ตามข้อ ๑๖(๙) หมายถึง องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน
หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้จะเป็น
นิติบุคคลหรือไม่ก็ได้ โดยองค์กรและกลุ่มประชาชนต้องตั้งอยู่ในจังหวัดและดำเนินกิจกรรมไม่น้อยกว่า ๑ ปี
นับถึงวันที่แสดงความจำนง หากดำเนินกิจกรรมในพื้นที่มากกว่าหนึ่งจังหวัด ให้เลือกเสนอชื่อเป็นกรรมการ
ได้เพียงจังหวัดเดียว

ข้อ ๒ ขอเชิญชวนองค์กรและกลุ่มประชาชนที่ดำเนินกิจกรรมในแต่ละจังหวัดที่สนใจ
แสดงความจำนงเข้าร่วมการคัดเลือกโดยการส่งชื่อผู้แทนจำนวนหนึ่งคน รายละเอียดตามแบบแสดงความ
จำนง เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ และให้ผู้แทนองค์กรตามรายชื่อข้างต้นเข้าร่วมประชุม
คัดเลือกกันเองให้เหลือ ๓ คนต่อหนึ่งจังหวัด และสำรองรายชื่อไว้อีก ๒ ชื่อ ทั้งนี้ในวันเวลาประชุมคัดเลือก
กันเองวันที่ ๙ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙ ผู้แทนองค์กรและกลุ่มประชาชนที่มีรายชื่อดังกล่าวต้องอยู่ในการ
ประชุมและแสดงตนในการประชุม

ข้อ ๓ วิธีการหรือช่องทางการส่งเอกสารหลักฐานในการคัดเลือก(ดำเนินการทั้ง ๓.๑ และ ๓.๒)

๓.๑ แบบแสดงความจำนงส่งชื่อผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน การส่งเอกสาร
หลักฐานแสดงสถานะขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนและรายชื่อผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่มีสิทธิเข้า
ประชุมคัดเลือกกันเอง สปสช.เขต ๒ พิษณุโลก ส่งเอกสารทางไปรษณีย์มายังสำนักงานหลักประกัน
สุขภาพแห่งชาติ เขต ๒ พิษณุโลก ๔๓๐ ตำบล ม.๖ ท่าทอง อำเภอเมืองพิษณุโลก พิษณุโลก ๖๕๐๐๐

๓.๒ บันทึกข้อมูลรายละเอียดแสดงความจำนงช่องทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อรองรับกระบวนการมีส่วนร่วมและให้เกิดความโปร่งใส รายละเอียดปรากฏตามเอกสารหมายเลข ๓ โดยสามารถส่งแบบแสดงความจำนงและส่งชื่อผู้แทนองค์กร รวมถึงเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องได้ถึงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๑๖.๓๐ น.

ทั้งนี้โดยผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนและองค์กรและกลุ่มประชาชนที่แสดงความจำนงและส่งรายชื่อเข้าคัดเลือก ต้องรับทราบและยินยอมเปิดเผยข้อมูล ให้ผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนอื่นได้ทราบข้อมูลดังกล่าวของตนด้วย

ข้อ ๔ การจัดประชุมคัดเลือกกันเองของผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่ สปสช.เขต ๒ พิษณุโลก ในวันที่ ๙ - ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๙.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. รายละเอียดปรากฏตามเอกสารหมายเลข ๔

ข้อ ๕ รายละเอียดสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

นายสุทธิศักดิ์ เปรมเกิด สปสช.เขต ๒ พิษณุโลก

โทรศัพท์ ๐๙๐๑๙๗๕๑๖๖ อีเมล: suthisak.p@nhso.go.th

ประกาศ ณ วันที่ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๙

(นายพรเทพ โชติชัยสุวรรณ)

ผู้อำนวยการกลุ่ม รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต

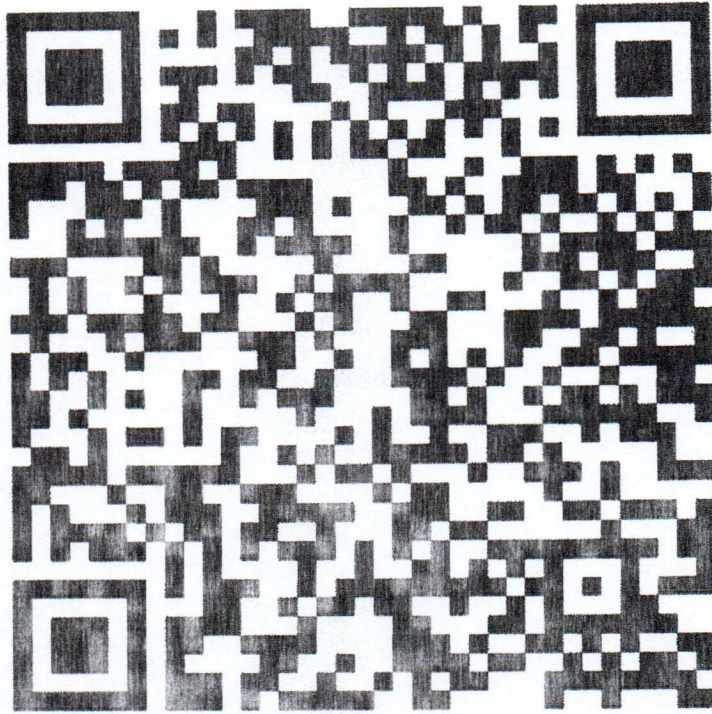
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 2 พิษณุโลก

ปฏิบัติงานแทนเลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๑

QR code

สแกนดูองค์ประกอบคณะกรรมการ อำนาจหน้าที่ใน
ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเรื่องหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์การบริหารส่วนจังหวัด
ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ ๒๕๖๙



เอกสารหมายเลข ๒

แบบแสดงความจำนอง

เสนอชื่อผู้แทนองค์กรและกลุ่มประชาชนเพื่อคัดเลือก
เป็นกรรมการในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ๒๕๖๙

๑. ข้าพเจ้า.....ประธาน/กรรมการ/เลขานุการ
/..... ของ(ชื่อองค์กรหรือกลุ่มประชาชน)
ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด..... โทรศัพท์.....
ซึ่งได้ดำเนินกิจกรรมด้าน..... ตั้งแต่วันที่.....
ทั้งนี้ได้แนบหนังสือจัดตั้งองค์กรหรือกลุ่มประชาชน และเอกสารหรือหลักฐานแสดงผลการดำเนินงานไม่
น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันที่ยื่นแบบแสดงความจำนอง มาพร้อมกัน

๒. องค์กรหรือกลุ่มประชาชน.....
ขอส่งชื่อ.....ซึ่งเป็นประธาน/กรรมการ/
เลขานุการ/.....ขององค์กรและกลุ่มประชาชน เข้าประชุมคัดเลือกกันเองเพื่อเป็นกรรมการใน
คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด จังหวัด..... โดยผู้แทน
รายชื่อนี้ ตกลงรับเป็นผู้แทนและพร้อมเข้าประชุมและแสดงตนในการประชุมทางอิเล็กทรอนิกส์
ในวันที่ ๙-๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙ (ไม่สามารถมอบให้ผู้อื่นเข้าประชุมหรือเปลี่ยนชื่อผู้แทนได้)

๓. องค์กรหรือกลุ่มประชาชนและผู้แทนขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่แสดงความจำนอง
ข้างต้น รับทราบและยินยอมเปิดเผยข้อมูลขององค์กรหรือกลุ่มประชาชนและของผู้แทนองค์กร สำหรับการ
คัดเลือกครั้งนี้ โดยผู้แทนองค์กรอื่นๆ ที่เข้าระบบวางเอกสารและหลักฐานเพื่อการคัดเลือกจะเข้าถึงข้อมูล
ดังกล่าวได้ด้วย กระบวนการมีส่วนร่วมและให้เกิดความโปร่งใส

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง

เอกสารหมายเลข ๓

แบบตอบรับการลงทะเบียนออนไลน์

การประชุมคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด

สัดส่วนผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด

วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. จ.อุตรดิตถ์ จ.ตาก และ จ.สุโขทัย

วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๒.๓๐ น. จ.พิษณุโลก และ จ.เพชรบูรณ์

ผ่านระบบออนไลน์ zoom meeting ณ ห้อง๑๐๑ สปสช. เขต ๒ พิษณุโลก



แบบลงทะเบียนออนไลน์

ขอความร่วมมือสแกน QR Code เพื่อลงทะเบียนตอบรับการเข้าร่วมประชุม

“การประชุมคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สัดส่วนผู้แทนองค์กรหรือ
กลุ่มประชาชนในจังหวัด”

ภายในวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๙ จะเป็นพระคุณยิ่ง

กลุ่มงานขับเคลื่อนระบบหลักประกันสุขภาพภาคท้องถิ่นและภาคประชาชน

ผู้รับผิดชอบ: นายสุทธิศักดิ์ เปรมเกิด โทร ๐๙๐ ๑๙๗๕๑๖๖ Email: suthisak.p@nhso.go.th

เอกสารหมายเลข ๔

กำหนดการประชุมคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด
สัดส่วนผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด
วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. จ.อุดรดิตถ์ จ.ตาก และ จ.สุโขทัย
ผ่านระบบออนไลน์ zoom meeting ณ ห้อง๑๐๑ สปสช. เขต ๒ พิษณุโลก

Meeting ID : 930 5852 7859 Passcode : 247495

<https://nhso-go-lh.zoom.us/j/93058527859?pwd=D3tSCoGfhvzTD8qvxzi9skytKPyzw.1>



วันที่ ๙ มีนาคม ๒๕๖๙

เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. สำหรับจังหวัดอุดรดิตถ์

เวลา	กิจกรรม
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	ชี้แจงหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก
๐๙.๑๕ - ๑๐.๐๐ น.	- ผู้สมัครแสดงวิสัยทัศน์ - คัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สัดส่วนผู้แทนองค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดอุดรดิตถ์ - ยืนยันรายชื่อผู้แทนจังหวัดอุดรดิตถ์

เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. สำหรับจังหวัดตาก

เวลา	กิจกรรม
๑๐.๓๐ - ๑๑.๐๐ น.	ลงทะเบียน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่
๑๑.๐๐ - ๑๑.๑๕ น.	ชี้แจงหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก
๑๑.๑๕ - ๑๒.๐๐ น.	- ผู้สมัครแสดงวิสัยทัศน์ - คัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สัดส่วนผู้แทนองค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดตาก - ยืนยันรายชื่อผู้แทนจังหวัดตาก

เวลา ๑๓.๓๐ - ๑๕.๐๐ น. สำหรับจังหวัดสุโขทัย

เวลา	กิจกรรม
๑๓.๓๐ - ๑๔.๐๐ น.	ลงทะเบียน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่
๑๔.๐๐ - ๑๔.๑๕ น.	ชี้แจงหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก
๑๔.๑๕ - ๑๕.๐๐ น.	- ผู้สมัครแสดงวิสัยทัศน์ - คัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สัดส่วนผู้แทนองค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดสุโขทัย - ยืนยันรายชื่อผู้แทนจังหวัดสุโขทัย

กำหนดการประชุมคัดเลือกคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด
 สักส่วนผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนในจังหวัด
 วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๓.๐๐ น. จ.อุตรดิตถ์ จ.ตาก และ จ.สุโขทัย
 ผ่านระบบออนไลน์ zoom meeting ณ ห้อง๑๐๑ สปสช. เขต ๒ พิษณุโลก

Meeting ID : 945 3685 3490 Passcode : 145064

<https://nhso-go-th.zoom.us/j/94536853490?pwd=C5UjYkx61TrMkxYEBaESRIRbcxdExMp.1>



วันที่ ๑๐ มีนาคม ๒๕๖๙

เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. สำหรับจังหวัดพิษณุโลก

เวลา	กิจกรรม
๐๘.๓๐ - ๐๙.๐๐ น.	ลงทะเบียน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่
๐๙.๐๐ - ๐๙.๑๕ น.	ชี้แจงหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก
๐๙.๑๕ - ๑๐.๐๐ น.	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สมัครแสดงวิสัยทัศน์ - คัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สักส่วนผู้แทนองค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก - ยืนยันรายชื่อผู้แทนจังหวัดพิษณุโลก

เวลา ๑๐.๓๐ - ๑๒.๓๐ น. สำหรับจังหวัดเพชรบูรณ์

เวลา	กิจกรรม
๑๐.๓๐ - ๑๑.๐๐ น.	ลงทะเบียน โดยผู้เข้าร่วมประชุมแสดงตัวต่อเจ้าหน้าที่
๑๑.๐๐ - ๑๑.๑๕ น.	ชี้แจงหลักเกณฑ์และวิธีการคัดเลือก
๑๑.๑๕ - ๑๒.๓๐ น.	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สมัครแสดงวิสัยทัศน์ - คัดเลือกกันเองเป็นผู้แทนในคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด สักส่วนผู้แทนองค์กร หรือกลุ่มประชาชนในจังหวัดเพชรบูรณ์ - ยืนยันรายชื่อผู้แทนจังหวัดเพชรบูรณ์



ขอเชิญชวน

“ผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชน”

เข้าร่วม **ประชุมคัดเลือก** เป็นกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับจังหวัด
จังหวัดละ **3 คน** เพื่อขับเคลื่อนระบบสุขภาพในระดับท้องถิ่น



ลงทะเบียน

เข้าร่วมการคัดเลือก

ตั้งแต่บัดนี้

ถึง 4 มีนาคม 2569

ประกาศ “รายชื่อ” ผู้มีสิทธิ

ผ่านช่องทาง

วันที่ 5 มีนาคม 2569



เว็บไซต์

<https://phitsanulok.nhso.go.th>



Facebook

สปสช.เขต 2 พิจนุโลก



คุณสมบัติ

- ✓ องค์กรหรือกลุ่มประชาชนตั้งแต่ 5 คนขึ้นไป
- ✓ ดำเนินงานโดยไม่แสวงหาผลกำไร
- ✓ ดำเนินงานด้านใดด้านหนึ่ง : เด็กหรือเยาวชน /สตรี / ผู้สูงอายุ / คนพิการ / หรือผู้ป่วยจิตเวช /ผู้ติดเชื้อ HIV หรือ ผู้ป่วยเรื้อรังอื่น / ผู้ใช้แรงงาน / ชุมชนแออัด / เกษตรกร / ชนกลุ่มน้อย / อื่นๆ
- ✓ มีที่ตั้งและดำเนินงานอยู่ในจังหวัดพิจนุโลก เพชรบูรณ์ ตาก สุโขทัย อุตรดิตถ์
- ✓ ดำเนินงานไม่น้อยกว่า 1 ปี

SCAN HERE



ศึกษาประกาศเพิ่มเติม

ขั้นตอนการดำเนินการ (ให้ดำเนินการทั้ง 2 ข้อ)

- 1 ส่งเอกสารคัดเลือกทางไปรษณีย์มายัง สปสช.เขต 2 พิจนุโลก 430 ม.6 ต.ท่าทอง อ.เมืองพิจนุโลก จ.พิจนุโลก 65000
- 2 แบบตอบรับการลงทะเบียนออนไลน์

ภายใน
4 มีนาคม 2569

SCAN
ME!



หมายเหตุ : หากไม่มีเอกสารจะไม่สามารถพิจารณา

กิจกรรมในวันประชุม



ลงทะเบียน



ชี้แจง



ดำเนินการคัดเลือก

ผู้แทนองค์กรหรือกลุ่มประชาชนที่ถูกส่งชื่อเข้าสมัครคัดเลือก
ต้องรับทราบและยินยอมเปิดเผยข้อมูลของตน



กำหนดการ

ประชุมคัดเลือก 9 - 10 มี.ค. 2569

9 มี.ค.69

08.30 - 10.00 น.

จ.อุตรดิตถ์

10.30 - 12.00 น.

จ.ตาก

13.30 - 15.00 น.

จ.สุโขทัย

10 มี.ค.69

08.30 - 10.00 น.

จ.พิจนุโลก

10.30 - 12.30 น.

จ.เพชรบูรณ์

zoom

คัดเลือกผู้แทน
ผ่านระบบ
Zoom Meeting

