



ศอ.ปส.จ.ชม.

ที่ ชม ๐๐๑๘.๓/ว ๓๒๒๕๔

ศาลากลางจังหวัดเชียงใหม่
ถนนโชตนา ชม ๕๐๓๐๐

๑๔ ตุลาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอเชิญประชุม

เรียน หน่วยงานเจ้าภาพหลักการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
จังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบตอบรับการรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปราม
ยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ฉบับ

ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่ ได้กำหนดให้มีการประชุม
คณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดฯ ครั้งที่ ๑๐/๒๕๖๓ ในวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๓
เวลา ๑๓.๓๐ น. ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ในกรณีนี้ ขอให้หน่วยงานเจ้าภาพหลักฯ
สรุปนำเสนอผลการดำเนินการเดือนตุลาคม ๒๕๖๓ ในประเด็นเป้าหมายดำเนินการ ผลดำเนินการ และปัญหา
อุปสรรค ข้อเสนอแนะ หากประสงค์จะบรรจุเป็นวาระเพื่อพิจารณา ให้สรุปสาระสำคัญและประเด็นการ
พิจารณา ทั้งแบบเอกสาร (Microsoft Word/Excel) และข้อมูลการนำเสนอในรูปแบบ Microsoft PowerPoint
โดยส่งเอกสารพร้อมไฟล์ข้อมูลดังกล่าว ให้ฝ่ายอำนวยการ ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
จังหวัดเชียงใหม่ หรือส่งทาง E-mail address : drug_cm@hotmail.com ภายในวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ ทั้งนี้
ขอให้ตรวจสอบรายงานการประชุมฯ ครั้งที่ ๙/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓ แล้วส่งแบบตอบรับฯ
เพื่อรับรองรายงานการประชุม หรือขอแก้ไขรายงานการประชุม ให้ทราบภายในวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓
ด้วยเช่นกัน รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบและเข้าร่วมประชุมโดยพร้อมเพรียงกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายศรัณยู มีทองคำ)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด รักษาการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่

ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่

ที่ทำการปกครองจังหวัด

กลุ่มงานความมั่นคง/ศอ.ปส.จ.ชม.

โทรศัพท์/โทรสาร ๐ ๕๓๘๙ ๐๑๓๘

ศอ.ปส.จ.ชม.

แบบตอบรับ

การรับรองรายงานการประชุมคณะกรรมการศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่
ครั้งที่ ๙/๒๕๖๓ เมื่อวันที่ ๒๕ กันยายน ๒๕๖๓
ณ ห้องประชุมเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

☐ ขอรับรองรายงานการประชุมฯ

☐ ขอแก้ไขรายงานการประชุมฯ ดังนี้

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

หมายเหตุ ขอให้ส่งแบบตอบรับฯ ให้ศูนย์อำนวยการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดจังหวัดเชียงใหม่

ภายในวันที่ ๒๖ ตุลาคม ๒๕๖๓ ทางโทรสารหมายเลข ๐ ๕๓๘๙ ๐๑๓๘ หรือ

E-mail address : drug_cm@hotmail.com