



๑๑ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง การเข้าร่วมสะสมแคลอรีเครดิตผ่านแอปพลิเคชัน Calories Credit Challenge: CCC ภายใต้โครงการ  
แสงนำใจไทยทั้งชาติ เดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต ครั้งที่ ๘ เฉลิมพระเกียรติ "แผ่นดินไทย ไร้สโตรค"

เรียน หัวหน้าส่วนราชการ ทุกส่วนราชการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.วิธีการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน ๑ ฉบับ  
๒.แบบรายงานจำนวนผู้เข้าร่วม จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยจังหวัดศรีสะเกษ ได้รับแจ้งว่ากระทรวงมหาดไทย ร่วมกับศูนย์โรคหลอดเลือดสมองศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา มูลนิธิไทยคม มูลนิธิโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน และสมาพันธ์เดินวิ่งเพื่อสุขภาพ ได้จัดโครงการแสงนำใจไทยทั้งชาติ เดิน วิ่ง ปั่น ป้องกันอัมพาต ครั้งที่ ๘ เฉลิมพระเกียรติ "แผ่นดินไทย ไร้สโตรค" ระหว่างวันที่ ๒๘ กรกฎาคม - ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๕ เพื่อเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว และสมเด็จพระนางเจ้าฯ พระบรมราชินี ที่ทรงเป็นดั่งแสงนำใจและทรงเป็นแบบอย่างในการรักษา สุขภาพและการออกกำลังกาย แก่ประชาชนชาวไทย

ในการนี้ จังหวัดศรีสะเกษจึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์และเชิญชวนบุคลากร ในหน่วยงานที่สนใจเข้าร่วมสะสมแคลอรีเครดิตผ่านแอปพลิเคชัน Calories Credit Challenge: CCC พร้อมทั้ง จัดส่งแบบรายงานจำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการให้สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้ตาม QR Code ท้ายหนังสือนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ สำหรับอำเภอขอให้แจ้งองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในพื้นที่ทราบด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนรรตน์ ธรรมประจักษ์)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดศรีสะเกษ

สำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัด  
โทร./โทรสาร ๐ ๔๕๖๑ ๑๘๔๐  
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : [Sisaket@mots.go.th](mailto:Sisaket@mots.go.th)



วิธีการเข้าร่วมกิจกรรม สแกน QR Code เข้าร่วม แบบรายงาน

แบบรายงานจำนวนสมาชิก  
เข้าร่วมสะสมแคลอรีเครดิตผ่านแอปพลิเคชัน Calories Credit Challenge: CCC  
ระหว่างวันที่ ๒๘ กรกฎาคม - ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๕  
ณ จังหวัดศรีสะเกษ

๑. ชื่อ - สกุล ..... ตำแหน่ง.....

๒. หน่วยงาน/สถานศึกษา.....

ที่อยู่.....

๓. จำนวนที่สมัคร ..... คน

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ต้องเป็นหัวหน้าส่วนราชการ/ผู้บริหารสถานศึกษา/ผู้ที่ได้รับมอบหมายถูกต้องตามระเบียบฯ)

หมายเหตุ ขอความกรุณาได้โปรดตอบกลับมายังสำนักงานการท่องเที่ยวและกีฬาจังหวัดศรีสะเกษ  
ภายในวัน ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๕ หรือจัดส่งทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : Sisaket@mots.go.th