

กำหนดการปฏิบัติประจำวัน วันที่ ๑๓ - ๑๗ มกราคม ๒๕๖๐

ณ ศูนย์ศิลปวัฒนธรรมกาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

วันที่ ๑๓ มกราคม ๒๕๖๐

ภาคเช้า	เวลา	๐๘.๐๐ น.	ลงทะเบียน เข้าที่พัก
	เวลา	๐๙.๐๐ น.	เปิดการอบรม
	เวลา	๑๐.๐๐ น.	ไหว้พระสวดมนต์ สมาทานศีล สมาทานกรรมฐาน
	เวลา	๑๑.๐๐ น.	แนะนำแนวทางการปฏิบัติ และสถานที่
ภาคบ่าย	เวลา	๑๒.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
	เวลา	๑๓.๐๐ น.	เดินจงกรม - นั่งสมาธิ
	เวลา	๑๔.๓๐ น.	คิมน้ำปานะ
	เวลา	๑๕.๐๐ น.	เดินจงกรม - นั่งสมาธิ
ภาคเย็น	เวลา	๑๖.๓๐ น.	รับประทานอาหารเย็น - สรรีกิจ
	เวลา	๑๗.๔๕ น.	สวดมนต์เย็น ฟังธรรม เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๒๐.๓๐ น.	สรรีกิจ นอน

วันที่ ๑๔ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๐

ภาคเช้า	เวลา	๐๔.๐๐ น.	ตื่นนอน สรรีกิจ
	เวลา	๐๔.๓๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๐๕.๔๕ น.	สวดมนต์ ไหว้พระฟังธรรม
	เวลา	๐๗.๓๐ น.	รับประทานอาหารเช้า
	เวลา	๐๘.๓๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๑๒.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
ภาคบ่าย	เวลา	๑๓.๐๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๑๔.๓๐ น.	คิมน้ำปานะ
	เวลา	๑๕.๐๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๑๖.๓๐ น.	รับประทานอาหารเย็น สรรีกิจ
ภาคเย็น	เวลา	๑๗.๔๕ น.	สวดมนต์เย็น ฟังธรรม เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๒๐.๓๐ น.	สรรีกิจ นอน

วันที่ ๑๗ มกราคม ๒๕๖๐

ภาคเช้า	เวลา	๐๔.๐๐ น.	ตื่นนอน สรรีกิจ
	เวลา	๐๔.๓๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๐๕.๓๐ น.	สวดมนต์ไหว้พระฟังธรรม
	เวลา	๐๗.๐๐ น.	รับประทานอาหารเช้า
	เวลา	๐๘.๓๐ น.	เดินจงกรม นั่งสมาธิ
	เวลา	๑๐.๐๐ น.	เทศน์ลำดับญาณ (พระธรรมธีรราชมหามุนี โชคก ญาณสิทธิ)
	เวลา	๑๒.๐๐ น.	รับประทานอาหารกลางวัน
	เวลา	๑๓.๐๐ น.	แสดงความรู้สึก
	เวลา	๑๔.๓๐ น.	พิธีปิดการอบรม
			เดินทางกลับโดยสวัสดิภาพ

*หมายเหตุ เวลาเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

ใบสมัครเข้าร่วมชมปฏิบัติธรรมตามหลักสูตร “พัฒนาจิตให้เกิดปัญญาและสันติสุข”

(หลักสูตรของ คุณแม่ ดร.ลวี กรินชัย)

จัดโดย คณะ นักบิณฑการบิณฑไทย ร่วมกับ มูลนิธิเด็กกำพร้าอีสาน โรงเรียนยุวทูตศึกษา 2 และบ.กิจตรงยามาฮ้อบล จำกััด

ณ ศูนย์ศิลปวัฒนธรรมกาญจนากิเบก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

ระหว่างวันที่ 13-17 มกราคม 2560

1. นาม (นาย/นาง/น.ส./ยศ).....ชื่อ-สกุล.....
พระภิกษุ/สามเณร/แม่ชี สมณศักดิ์ (ถ้ามี).....นาม.....
ฉายา..... พรรษา.....
2. เลขที่บัตรประชาชน.....เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา.....
(ถ่ายสำเนาบัตรประชาชนพร้อมแนบกับใบสมัคร)
3. เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ส่วนสูง..... ซม. น้ำหนัก..... กก.
4. ที่อยู่ปัจจุบันหมู่บ้าน..... เลขที่..... หมู่..... ซอย.....
ถนน..... แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....
5. อาชีพ
- | | | | |
|---|---------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> ครู/อาจารย์ | <input type="checkbox"/> แพทย์ | <input type="checkbox"/> พนง.รัฐวิสาหกิจ | <input type="checkbox"/> พ่อบ้าน/แม่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> นักเรียน | <input type="checkbox"/> พยาบาล | <input type="checkbox"/> เจ้าของกิจการ | <input type="checkbox"/> ไม่มีอาชีพ |
| <input type="checkbox"/> นิสิต/นักศึกษา | <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง ร.พ. | <input type="checkbox"/> ลูกจ้าง บ.เอกชน | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
- ตำแหน่ง/ชั้น..... สถานที่ทำงาน/สถานศึกษา..... ตั้งอยู่เลขที่.....
ซอย..... ถนน..... เขต/อำเภอ.....
จังหวัด..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....
6. กรณีฉุกเฉิน โปรดติดต่อ..... ความสัมพันธ์..... โทรศัพท์.....
7. การศึกษา
- | | | | |
|---|------------------------------------|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> ปวช./ปวท. | <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี | <input type="checkbox"/> เปรียญธรรม..... ประโยค |
| <input type="checkbox"/> ประถมศึกษาปีที่..... | <input type="checkbox"/> ปวส. | <input type="checkbox"/> ปริญญาโท | <input type="checkbox"/> นักธรรม..... |
| <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาปีที่..... | <input type="checkbox"/> อนุปริญญา | <input type="checkbox"/> ปริญญาเอก | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
8. สุขภาพกาย แข็งแรง มีโรคประจำตัว คือ.....
สุขภาพจิต ปกติ เคยเข้าบำบัดที่..... เมื่อ.....
9. สมัครเข้าร่วมโครงการนี้ด้วย มีผู้แนะนำ การประชาสัมพันธ์
 ถูกขอร้อง/บังคับ/จ้างวานให้มา อื่นๆ.....

10. ประสบการณ์การปฏิบัติวิปัสสนาแบบพอง-ยุบ หรือสติปัญญา 4 ในหลักสูตรที่ไม่น้อยกว่า 7 วัน
- ไม่เคยปฏิบัติ เคยปฏิบัติ..... ครั้ง (กรณีระบุ 3 ครั้งหลังสุด)
- 10.1 เดือน/พ.ศ..... สถานที่..... อาจารย์ผู้สอน.....
- 10.2 เดือน/พ.ศ..... สถานที่..... อาจารย์ผู้สอน.....
- 10.3 เดือน/พ.ศ..... สถานที่..... อาจารย์ผู้สอน.....

ข้าพเจ้าขอสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของหลักสูตร กำหนดไว้อย่างเคร่งครัด และขอรับรองว่าข้าพเจ้ามีสุขภาพร่างกายและจิตใจเป็นปกติหากมีปัญหาหรือสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะไม่เรียกร้องเอาความผิดกับผู้จัดและผู้สอน ไม่ว่ากรณีใดๆ

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร
วันที่...../...../2559

ติดต่อสอบถามและส่งใบสมัครได้ที่ มูลนิธิเด็กกำพร้าอีสาน
เลขที่ 248 ม.2 ถ.แจ้งสนิท ต.แจระแม อ.เมือง จ.อุบลราชธานี 34000
โทร : 087-244-0993 (คุณวรรณ), 045-315393 , Fax : 045-262903

สำหรับเจ้าหน้าที่

ลงชื่อ..... เจ้าหน้าที่
เลขที่ใบตอบรับ..... วันที่...../...../59

กำหนดการอบรม ปี ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๑ วันที่ ๑๓-๑๗ มกราคม ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๒ วันที่ ๑๗-๒๑ มีนาคม ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๓ วันที่ ๑๕-๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๔ วันที่ ๑๔-๑๘ กรกฎาคม ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๕ วันที่ ๒๒-๒๖ กันยายน ๒๕๖๐

ครั้งที่ ๖ วันที่ ๓-๗ พฤศจิกายน ๒๕๖๐