



โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม
 เลขที่รับ..... 4621
 วันที่..... 31 ส.ค. 2563
 13:26
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
 ถนนพรหมเทพ อบ ๓๔๐๐

ที่ อบ ๐๐๓๒.๐๑๐ /ว ๗๓๑๗

๒๘ สิงหาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. สำเนาหนังสือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๒/ว ๕๒๒ ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
 ๒. สำเนาหนังสือคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ อว ๗๘.๐๖๑/ว.๘๕๖๒ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. สำเนาหนังสือศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล ที่ พม ๐๗๐๗.๑๖/๔๘๘ ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. สำเนาหนังสือมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ ศทม. ๗๖๖๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอส่งสำเนาหนังสือประชาสัมพันธ์การเข้าร่วมการอบรม การสัมมนา และการประชุม ให้บุคลากรในหน่วยงานของท่านทราบ ดังนี้

๑. สำเนาหนังสือปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๑.๐๒/ว ๕๒๒ ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอเชิญบุคลากรในสังกัดเข้าร่วมโครงการ “การพัฒนาบุคลากรเพื่อระบบสุขภาพ (Health Positive Disruptor)” จำนวน ๑ ชุด
 ๒. สำเนาหนังสือคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ที่ อว ๗๘.๐๖๑/ว.๘๕๖๒ ลงวันที่ ๑๐ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอเชิญชวนส่งบุคลากรเข้าร่วมการประชุมวิชาการนานาชาติ RIAC ๒๐๒๐ จำนวน ๑ ชุด
 ๓. สำเนาหนังสือศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล ที่ พม ๐๗๐๗.๑๖/๔๘๘ ลงวันที่ ๒๑ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์คนพิการเพื่อเข้ารับการฝึกอาชีพ จำนวน ๑ ชุด
 ๔. สำเนาหนังสือหนังสือมหาวิทยาลัยสวนดุสิต ที่ ศทม. ๗๖๖๒/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๑๙ สิงหาคม ๒๕๖๓ เรื่อง ขอเชิญบุคลากรเข้าร่วมอบรมโครงการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ “เข้าถึง เข้าใจเทคนิคการจัดการทำแผนบริหารความเสี่ยง (Risk Management Plan) ตามหลัก COSO เพื่อผลักดันการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ ขององค์กร” ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ รุ่น ๑๐ จำนวน ๑ ชุด

เรียน ผอ.รพ.รพ.เดชอุดม จึงเรียนมาเพื่อทราบและประชาสัมพันธ์ให้ผู้สนใจทราบโดยทั่วกัน

เพื่อไปจดหมาย

เพื่อไปประชาสัมพันธ์

ขอแสดงความนับถือ

ทราบ

เห็นชอบ

เห็นการแจ้ง.....

(Handwritten signature)
 - (นางสาว) - HR
 ๓๑/๘/๖๓

(Handwritten signature)
 (นายประทีป บุญธรรม)

(Handwritten signature)
 20/8/๖๓

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

โทรศัพท์ ๐ ๔๕๒๖ ๒๖๙๒

(ฐานกำกับ ๐๘ ๑๔๗๐ ๓๙๑๑)



สภาเทศบาลนครอุบลราชธานี
 เลขที่ 14906
 วันที่ 25 ส.ค. 2563
 09.20
 น.ส.พรทิพย์ พงษ์...

ที่ ทม ๐๗๐๗.๑๖๕๕๙

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล
 ๗๕๐ ม.๒๔ ต.มใหญ่ อ.เมือง อบ ๓๕๐๐

๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๓

กลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล
 เลขที่ 5238
 วันที่ 26 8 63 เวลา 11.00 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์คนพิการเพื่อเข้ารับการฝึกอาชีพ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

- | | | | | |
|------------------|--------------------------------|-------|---|-----|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑.ข่าวประชาสัมพันธ์การฝึกอาชีพ | จำนวน | ๑ | ชุด |
| | ๒.ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ | จำนวน | ๑ | ชุด |

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี
 สังกัดกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
 กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพสำหรับ
 คนพิการให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคม มีอาชีพ มีรายได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว และสังคม

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี
 ไครขอความอนุเคราะห์มายังท่านในการประชาสัมพันธ์เครือข่ายของท่าน เพื่อรับสมัครคนพิการเข้ารับการฝึก
 อาชีพ ในปีงบประมาณ ๒๕๖๔ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล
 จังหวัดอุบลราชธานี ตามเอกสารที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เรียน นายแพทย์...

- ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ

บ้านศรีวนาไล ขอ ประสงค์ ความดี เพื่อ เกื้อกูล ขอแสดงความนับถือ
 ผิดขอรับ

- เช่น นาย...

นางวิภาดา...

นางนงนุช...

(นางนงนุช กัญ...

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล
 จังหวัดอุบลราชธานี

ทราบ
 ดำเนินการ

(นายประทีป บุญธรรม)

นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา)

ปฏิบัติราชการแทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

(นางธิดารัตน์ บุญทรง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ปฏิบัติหน้าที่แทนหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทรัพยากรบุคคล

กลุ่มพัฒนาทักษะอาชีพ

โทร. ๐๔๕-๙๕๓๑๙๗

ผู้ประสาน: ๑)นางรุ่งจิตร์ พิมพ์บุตร โทรศัพท์. ๐๘๐-๑๕๗๖๑๑๑

๒)นายคชพล เชื้อหาญ โทรศัพท์. ๐๖๑-๐๒๑๒๗๗๗



ข่าวประชาสัมพันธ์การฝึกอาชีพ

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี

๗๕๐ หมู่ ๒๔ ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ โทร ๐๔๕ - ๙๕๓๑๙๗



www.bansriwanalai.com

ID Line :- sriwalaidep

[www.facebook.com/](http://www.facebook.com/Sriwanalaihome)

Sriwanalaihome

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี เปิดรับคนพิการ
เข้ารับการฝึกอาชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป มีรายละเอียดดังนี้

๑ หลักสูตรที่เปิดสอน

๑.๑ หลักสูตรระยะยาว (ในสถาบัน)

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ๑.๑.๑ คอมพิวเตอร์ | (หลักสูตร ๑,๒๐๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๑.๒ นวดไทยเพื่อสุขภาพ | (หลักสูตร ๑,๒๐๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๑.๓ เกษตร | (หลักสูตร ๑,๒๐๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๑.๔ การใช้จักรอุตสาหกรรม | (หลักสูตร ๑,๒๐๐ ชั่วโมง) |

๑.๒ หลักสูตรระยะสั้น (ในสถาบัน)

- | | |
|---|------------------------|
| ๑.๒.๑ คอมพิวเตอร์ | |
| - การใช้งานโปรแกรมสำนักงาน | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - การตัดต่อวิดีโอและการทำโลโก้ | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - การถ่ายภาพและการทำเพจขายสินค้าออนไลน์ | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - ฝึกประสบการณ์ | (หลักสูตร ๔๘๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๒.๒ นวดไทยเพื่อสุขภาพ | |
| - การนวดฝ่าเท้า ๕ ขั้นตอน | (หลักสูตร ๓๒๐ ชั่วโมง) |
| - การนวดคลายเครียด | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - การอบสมุนไพร | (หลักสูตร ๑๖๐ ชั่วโมง) |
| - ฝึกประสบการณ์ | (หลักสูตร ๔๘๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๒.๓ เกษตร | |
| - การเพาะเห็ด | (หลักสูตร ๔๘๐ ชั่วโมง) |
| - การเลี้ยงไส้เดือน | (หลักสูตร ๓๒๐ ชั่วโมง) |
| - การปลูกผักไฮโดรโปนิกส์ | (หลักสูตร ๑๖๐ ชั่วโมง) |
| - เศรษฐกิจพอเพียง | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| ๑.๒.๔ การใช้จักรอุตสาหกรรม | |
| - วิธีการเย็บจักรเบื้องต้น | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - การซ่อมเสื้อผ้า | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - การซ่อมเครื่องหนังเบื้องต้น | (หลักสูตร ๒๔๐ ชั่วโมง) |
| - ฝึกประสบการณ์ | (หลักสูตร ๔๘๐ ชั่วโมง) |

๑.๓ หลักสูตรระยะสั้นในชุมชน

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| ๑.๓.๑ การติดตั้งโซลาร์เซลล์ | (หลักสูตร ๑๖ ชั่วโมง) |
|-----------------------------|-----------------------|

๒ คุณสมบัติ

- ๒.๑ เป็นคนพิการอยู่ในอายุระหว่าง ๑๘ - ๕๐ ปี
- ๒.๒ เป็นคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการ
- ๒.๓ เป็นคนพิการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพิการไม่เป็นอุปสรรคต่อวิชาชีพที่อบรม
- ๒.๔ คนพิการหูหนวกหรือเป็นใบ้ต้องสื่อความหมายได้/หรือสำเร็จการศึกษาภาคบังคับจากโรงเรียนโสตศึกษาของรัฐหรือเอกชน
- ๒.๕ คนพิการอัมพาตต้องสามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้
- ๒.๖ ไม่เป็นคนพิการทางสมองและปัญญา
- ๒.๗ คนพิการครึ่งท่อนล่างที่ต้องใช้เครื่องช่วยความพิการหรือกายอุปกรณ์ช่วยเดินต้องสามารถฝึกภาคปฏิบัติตามหลักสูตรได้
- ๒.๘ สามารถอ่านออกเขียนได้ (สามารถสื่อสารได้ยกเว้นหลักสูตรภาคแผนไทย) ส่วนหลักสูตรคอมพิวเตอร์ต้องสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.๓)ขึ้นไป
- ๒.๙ ผู้สมัครเรียนวิชาชีพต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่กำหนด ผ่านการทดสอบว่าเป็นผู้ที่มีสติปัญญาและสามารถฝึกอาชีพได้โดยดูผลพินิจของคณะกรรมการฯ ในการพิจารณาคัดเลือก
- ๒.๑๐ มีความประพฤติเรียบร้อยและไม่ติดสิ่งเสพติดทุกประเภท
- ๒.๑๑ ไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรังหรือร้ายแรง

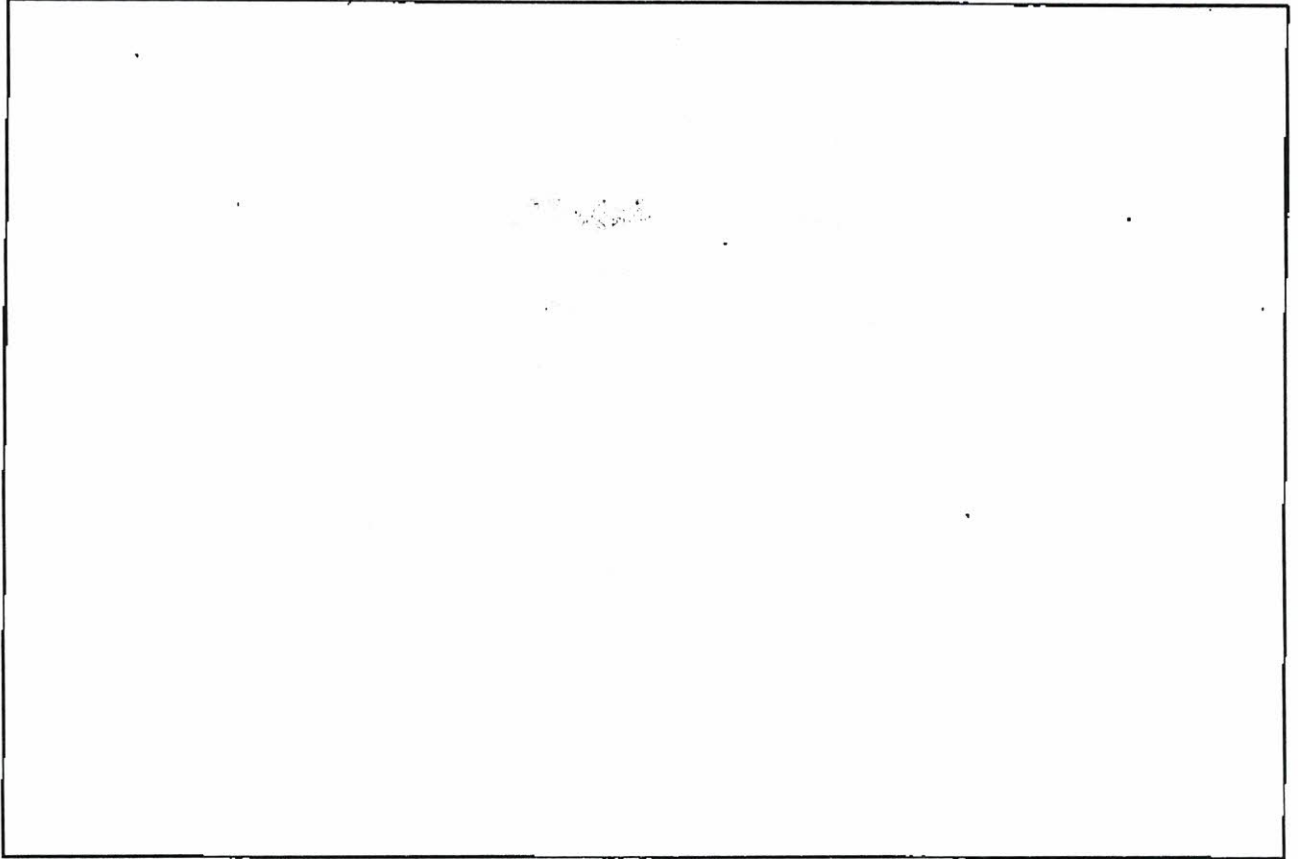
๓ การรับสมัคร

- ๓.๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
- ๓.๒ ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพต้องยื่นใบสมัครตามแบบที่กำหนดพร้อมหลักฐานต่างๆ ดังนี้
 - สำเนาทะเบียนบ้าน
 - สำเนาบัตรคนพิการ
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือทางบัตรที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี)
 - รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๑ รูป และรู้ถ่ายเต็มตัวให้เห็นลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการ (ถ้ามี)
 - ใบรับรองแพทย์ที่ระบุลักษณะความพิการหรือสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการด้านฝึกอาชีพได้และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือยาเสพติดหรือไม่มีภาวะจิตประสาทรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษา
 - หากพิการทางจิต ต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าสามารถฝึกอาชีพได้
 - สำเนาหลักฐานการศึกษาหรือหนังสือรับรองอื่นๆ (ถ้ามี)
- ๓.๓ สถานที่รับสมัคร ผู้ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอาชีพให้ติดต่อและยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเองที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ ๗๕๐ หมู่ ๒๔ ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๕๐๐๐ หมายเลขโทร/โทรสาร ๐๔๕ - ๕๕๓๑๙๗ หรือส่งจดหมายตามที่อยู่ข้างต้น

***** ไม่มีค่าใช้จ่ายในการฝึกอาชีพ *****

แผนที่บ้านผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

ชื่อ-สกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....



ภาพถ่ายเต็มตัวของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

