

ด่วนที่สุด

ที่ นศ ๐๐๓๒.๐๑๒/๐๕๐๓๖



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนเทวบุรี ตำบลโพธิ์เสด็จ นศ ๘๐๐๐๐

โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
เลขที่รับ..... 7739
วันที่..... 28 พ.ค. 2568
เวลา..... 15:05 น.

พฤษภาคม ๒๕๖๘

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพสำหรับคนพิการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการ
โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ประกาศรับสมัครคนพิการเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ ประจำปี ๒๕๖๘ จำนวน ๑ ชุด
๒.ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ จำนวน ๑ ชุด

ด้วย ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช ได้เปิดรับสมัครคนพิการ
ที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้และมีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่ ๑๔ จังหวัดภาคใต้ เข้ารับการฝึกอบรมอาชีพระยะสั้น
ประจำปี ๒๕๖๘ ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๖๘ เป็นต้นไป โดยขอความร่วมมือให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
นครศรีธรรมราช และหน่วยบริการในพื้นที่ช่วยประชาสัมพันธ์อีกช่องทางเพื่อให้คนพิการทราบโดยทั่วกัน
ซึ่งเปิดรับสมัครใน ๓ สาขาวิชาชีพ ดังนี้

- ๑.สาขาวิชาชีพอาหารและโภชนาการ
- ๒.สาขาวิชาชีพตัดเย็บผ้าและการใช้จักรอุตสาหกรรม
- ๓.สาขาวิชาชีพศิลปหัตถกรรม

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือหน่วยบริการ
ในการประชาสัมพันธ์ให้คนพิการและประชาชนทั่วไปที่มีญาติพี่น้องเป็นคนพิการทราบ ทั้งนี้สำหรับผู้สนใจ
จะสมัครเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ สามารถติดต่อสอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม ได้ที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพ
คนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช โทร.๐๗๕-๓๗๕๒๕๕ ตามวันและเวลาราชการ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

เรียน หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา / หฤทัย

เห็นควรมอบ ก.พัฒนาทรัพยากรบุคคล
28 พฤษภาคม 2568

ขอแสดงความนับถือ

(นายพิทยา แต่งเกลี้ยง)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ (ด้านบริการทางวิชาการ) รักษาการในตำแหน่ง
นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

ทราบ/ดำเนินการ

(นางสาวอัมจิมาดี พงศ์ดารา)

หัวหน้าภารกิจด้านพัฒนาระบบบริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ

28 พฤษภาคม 2568

ปชส.ผ่านWebsite

(นายสุรเดช สมใจรัตน์)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

30 พฤษภาคม 2568

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ

โทร. ๐ ๗๕๓๔ ๓๔๐๙ ต่อ ๔๓๕

คำนิยามองค์กร "ข้อสัถย์ รับผิดชอบ มีน้ำใจบริการ"



ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ
จังหวัดนครศรีธรรมราช



“รับสมัครคนพิการ”

หลักสูตรระยะสั้น

3-6 เดือน

แผนกอาหาร และโภชนาการ

- ★ หลักสูตรเบเกอรี่และเครื่องดื่ม

TEAM แผนกตัดเย็บผ้า และการใช้จักรอุตสาหกรรม

- ★ หลักสูตรเทคนิคการใช้จักรอุตสาหกรรม
- ★ หลักสูตรการสร้างแบบเบื้องต้น
- ★ หลักสูตรเทคนิคการเย็บผ้าด้วยมือ

แผนกศิลปหัตถกรรม

- ★ หลักสูตรงานประดิษฐ์จากผ้าปาเต๊ะ
- ★ หลักสูตรงานผลิตและตกแต่งกระจุต
- ★ หลักสูตรงานมัดย้อม
- ★ หลักสูตรงานเรซิน

เปิดเรียน
มิถุนายน 68

คุณสมบัติผู้สมัคร

เป็นคนพิการเพศหญิง ที่มีอายุตั้งแต่ 14-45 ปี
สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันได้



สมัครเรียนออนไลน์ สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

สวัสดิการที่จะได้รับ (ไม่มีค่าใช้จ่าย)

- ▶ บริการที่พักและอาหาร 3 มื้อ
- ▶ มีประกาศนียบัตร
- ▶ บริการด้านการรักษาพยาบาล
- ▶ บริการให้คำปรึกษาเรื่องการให้บริการ
กู้ยืมเงิน เพื่อเป็นทุนประกอบอาชีพ

FREE

ที่อยู่ 180 หมู่ที่ 5 ตำบลสระแก้ว อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช 80160 โทร.0-7537-5255 แฟกซ์ 0-7537-5254





ประกาศ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช
เรื่อง รับสมัครคนพิการเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพพระยะสั้น ประจำปี ๒๕๖๘

ด้วย ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช เปิดรับสมัครคนพิการ
เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ ในสาขาวิชาชีพต่างๆ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๘ ดังรายละเอียดต่อไปนี้-

๑. สาขาวิชาชีพที่เปิดฝึกอบรม (หลักสูตรระยะสั้น ตั้งแต่เดือนมิถุนายน - เดือนสิงหาคม ๒๕๖๘)

- ๑.๑ สาขาวิชาชีพอาหารและโภชนาการ
- ๑.๒ สาขาวิชาชีพตัดเย็บผ้าและการใช้จักรอุตสาหกรรม
- ๑.๓ สาขาวิชาชีพศิลปหัตถกรรม

๒. คุณสมบัติ

- ๒.๑ เป็นคนพิการเพศหญิง และมีอายุตั้งแต่ ๑๔-๔๕ ปีขึ้นไป
- ๒.๒ เป็นคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการแล้ว
- ๒.๓ เป็นคนพิการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้
ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และความพิการนั้นๆ ไม่เป็นอุปสรรคต่อสาขาวิชาชีพที่ฝึกอบรม
- ๒.๔ คนพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ต้องสื่อความหมายได้ และ/หรือสำเร็จ
การศึกษาระดับมัธยมศึกษาจากโรงเรียนโสตศึกษาของรัฐหรือเอกชน
- ๒.๕ คนพิการทางการเคลื่อนไหว หรือทางร่างกาย ที่ต้องใช้เครื่องช่วยความพิการ
หรือกายอุปกรณ์ช่วยเดิน ต้องฝึกภาคปฏิบัติตามหลักสูตรได้
- ๒.๖ จะต้องผ่านการทดสอบว่าเป็นผู้มีสติปัญญาและความสามารถที่จะฝึกอบรมวิชาชีพนั้นๆ ได้
- ๒.๗ มีความประพฤติเรียบร้อยและไม่ติดสิ่งเสพติดทุกประเภท
- ๒.๘ ไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรังหรือร้ายแรง
- ๒.๙ ผู้สมัครเรียนวิชาชีพเฉพาะในบางสาขาวิชาชีพ ต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่กำหนด
และอยู่ในดุลพินิจของคณะกรรมการฯ ในการคัดเลือกตามพื้นฐานการศึกษา

๓. พื้นฐานความรู้ของผู้สมัคร

ผู้สมัครเรียนต้องมีพื้นฐานความรู้ขั้นต่ำ สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ ๖
หรือเทียบเท่า และผ่านการทดสอบจากศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช

๔. การรับสมัคร

- ๔.๑ วันรับสมัคร ทุกสาขาวิชาชีพเปิดรับสมัครตั้งแต่วันที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๘
- ๔.๒ ผู้สมัครเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพต้องยื่นในสมัครตามแบบฟอร์มที่กำหนด
พร้อมหลักฐานต่างๆ ดังนี้-

- ๔.๓.๑ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔.๓.๒ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการหรือบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน ๑ ฉบับ
- ๔.๓.๓ รูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว จำนวน ๒ รูป และรูปถ่ายเต็มตัวแสดงให้เห็นลักษณะ
ความพิการและเครื่องช่วยความพิการ จำนวน ๑ รูป

๔.๒.๔ ใบรับรองแพทย์/...

๔.๒.๔ ใบรับรองแพทย์ซึ่งต้องระบุลักษณะความพิการหรือสมรรถภาพความพิการ ให้ชัดเจนว่าสามารถฝึกอาชีพได้ และไม่เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงหรือติดยาเสพติด จำนวน ๑ ฉบับ

๔.๒.๕ สำเนาหลักฐานการศึกษา หรือหนังสือรับรองอื่นๆ

๔.๓ สถานที่รับสมัคร คนพิการที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ ให้ติดต่อขอทราบรายละเอียดและยื่นใบสมัคร ได้ที่:-

๔.๓.๑ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

๔.๓.๒ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดที่ตนมีภูมิลำเนาอยู่

๔.๓.๒ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช เลขที่ ๑๘๐ หมู่ที่ ๕ ตำบลสระแก้ว อำเภอกำทาศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๖๐ โทรศัพท์ ๐-๗๕๓๗-๕๒๕๕ โทรสาร ๐-๗๕๓๗-๕๒๕๕

๔.๓.๓ รับสมัครทางอินเทอร์เน็ต ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป ไม่เว้นวันหยุดราชการ หรือที่เว็บไซต์ <https://forms.gle/hq๒kPYFZLVjr๔VCy๖> หรือตาม QR CODE แนบท้าย

๕. กำหนดการเปิดภาคเรียน (หลักสูตรระยะสั้น ทุกสาขาวิชาชีพ)

- ตั้งแต่เดือนมิถุนายน ๒๕๖๘ เป็นต้นไป

๖. ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก (ทุกสาขาวิชาชีพ)

๖.๑ ประกาศรายชื่อผู้ผ่านการคัดเลือก วันที่ ๕ มิถุนายน ๒๕๖๘ ผ่านทางเว็บไซต์ <https://www.nakhonsivrc.go.th> และ ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช

๖.๒ ให้ผู้ที่ผ่านการคัดเลือกไปรายงานตัว ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๙ มิถุนายน ๒๕๖๘ (พร้อมเปิดเรียน)

๗. อื่นๆ

๗.๑ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพจะได้รับสวัสดิการที่พัก อาหาร ๓ มื้อ โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น

๗.๒ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพจะได้รับประกาศนียบัตร เมื่อสำเร็จการฝึกอาชีพ

๗.๓ บริการให้คำปรึกษาเรื่องการกู้ยืมเงิน เพื่อเป็นเป็นทุนในการประกอบอาชีพสำหรับคนพิการ

๘. สถานที่ตั้งของศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช ตั้งอยู่เลขที่ ๑๘๐ หมู่ที่ ๕ ตำบลสระแก้ว อำเภอกำทาศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช ๘๐๑๖๐ (ตั้งอยู่ห่างจากอำเภอกำทาศาลาประมาณ ๑๐ กิโลเมตร) มีรถโดยสารประจำทางสายนครศรีธรรมราช - สุราษฎร์ธานี และรถโดยสารขนาดเล็ก จากนครศรีธรรมราช - อำเภอลิขิต ผ่านศูนย์ฯ ระยะทางห่างจากอำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช ประมาณ ๔๕ กิโลเมตร โทรศัพท์หมายเลข ๐-๗๕๓๗-๕๒๕๕ โทรสาร ๐-๗๕๓๗-๕๒๕๕ พิกัด 8.776534, 99.910021 (<https://maps.app.goo.gl/RfTqfBu4WmSDPDzF>)

จึงประกาศให้ทราบทั่วกัน

ประกาศ ณ วันที่ เมษายน พ.ศ.๒๕๖๘



(นางสาวยุรณัฐา มั่งมี)

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ
จังหวัดนครศรีธรรมราช



สมัครเรียนออนไลน์

<https://forms.gle/๙๔kXkQvG๖VzuQD๙HA>



แผนที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ
จังหวัดนครศรีธรรมราช

<https://forms.gle/๙๔kXkQvG๖VzuQD๙HA>



สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่...

<https://www.facebook.com/nstvrc>

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ
ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๑. ชื่อผู้สมัคร..... อายุ.....ปี ศาสนา.....

๒. ลักษณะความพิการ.....

๓. ชื่อสามี/ภรรยา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

๕. ประสบการณ์ประกอบอาชีพ (เคยประกอบอาชีพใดมาก่อน).....

๖. สมัครฝึกอาชีพแผนก.....

๗. หลักฐานประกอบการพิจารณาที่แนบมาดังนี้-

- ☐ สำเนาทะเบียนบ้าน จำนวน.....ฉบับ
- ☐ สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการหรือบัตรประจำตัวประชาชน จำนวน.....ฉบับ
- ☐ สำเนาแสดงคุณวุฒิการศึกษาเดิม จำนวน.....ฉบับ
- ☐ รูปถ่ายหน้าตรง ขนาด ๑ นิ้ว จำนวน.....รูป
- ☐ รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการ จำนวน.....ฉบับ
- ☐ ใบรับรองแพทย์ จำนวน.....ฉบับ
- ☐ อื่นๆ.....

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

(ลงชื่อ).....ผู้รับสมัคร

(.....)

ตำแหน่ง.....

การวินิจฉัยเบื้องต้น (ทีมสหวิชาชีพ)

.....

.....

.....

ครูฝึกอาชีพสงเคราะห์

พยาบาลวิชาชีพ

แบบสอบถามประวัติขั้นต้นของผู้เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ
ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดนครราชสีมา
กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เลขที่...../.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

๑. ประวัติส่วนตัวและการศึกษา

ชื่อ (ระบุคำนำหน้าชื่อ).....นามสกุล.....
วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....เชื้อชาติ.....ศาสนา.....
การศึกษาจบเมื่อ พ.ศ.....จากโรงเรียน.....ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....ความสามารถพิเศษ
(โปรดระบุให้ชัดเจน).....
ภูมิลำเนาเดิมอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
อาชีพ.....
สถานภาพการสมรส ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หม้าย ☐ หย่าร้าง
จำนวนบุตร.....คน ปัจจุบันอยู่ในความอุปการะของ.....

๒. ประวัติครอบครัว

บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม
อาชีพ.....รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี
มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี
☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม
อาชีพ.....รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี
สถานภาพการสมรสของบิดามารดา ☐ อยู่ด้วยกัน ☐ แยกกันอยู่ ☐ บิดาแต่งงานใหม่
☐ มารดาแต่งงานใหม่ ☐ บิดาถึงแก่กรรม ☐ มารดาถึงแก่กรรม
ผู้อยู่ในความอุปการะของบิดามารดา
บุตร.....คน ☐ ปู่ ☐ ย่า ☐ ตา ☐ ยาย ☐ ญาติ.....คน

พี่น้องร่วมบิดามารดา/...

พี่น้องร่วมบิดามารดา.....คน

๑. ชื่อ/นามสกุล.....อายุ..... ปี ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี

๒. ชื่อ/นามสกุล.....อายุ..... ปี ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี

๓. ชื่อ/นามสกุล.....อายุ..... ปี ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี

๔. ชื่อ/นามสกุล.....อายุ..... ปี ประกอบอาชีพ.....

รายได้.....บาท/วัน/เดือน/ปี

๓. ประวัติความพิการ

ลักษณะความพิการ.....สาเหตุแห่งความพิการ.....

ความพิการที่ปรากฏในขณะนี้ (ควรมีภาพถ่ายประกอบ).....

เริ่มพิการเมื่อ.....ได้รับการบำบัดรักษาที่ใด.....

ความสามารถทางร่างกายขณะนี้.....การใช้สายตา.....

การใช้เสียง.....การพูด.....การดื่มกิน.....

ถนัดมือ.....ยืนได้หรือไม่.....นั่งได้นานเท่าใด.....

ควบคุมระบบการขับถ่ายได้หรือไม่ (กรณีที่มีความพิการอัมพาตท่อนล่าง)ปัสสาวะ.....

อุจจาระ.....อื่นๆ.....

๔. ประวัติการทำงาน

ประกอบอาชีพครั้งสุดท้าย.....ตำแหน่ง.....

สถานที่ทำงาน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....เงินเดือน.....บาท/วัน/เดือน ออกเมื่อ.....

สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอบรม.....

๕. สภาพความเป็นอยู่อื่นๆ

สภาพบ้านและบริเวณที่อยู่อาศัย.....

.....

ภาระทางครอบครัวของผู้สมัคร.....

.....

ความเห็นของผู้จัดบันทึก.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้จัดบันทึก

ตำแหน่ง.....

...../...../.....