

เลขที่รับ..... 10702  
วันที่..... 24/กค 2566  
เวลา.....



ที่ อบ ๐๐๒๓.๓/ว ๒๑๕๗

กองสวัสดิการสังคม  
รับที่..... ๗216  
วันที่..... 25 ก.ค. 2566  
เวลา..... 10.30

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ องค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี  
เทศบาลนครอุบลราชธานี และเทศบาลเมือง ทุกแห่ง

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ขอความอนุเคราะห์  
ประชาสัมพันธ์การเข้ารับการฝึกอาชีพของคนพิการเพื่อเข้ารับการฝึกอาชีพ ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ  
บ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ ๒๕๖๗ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย

สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุบลราชธานี จึงขอความร่วมมือสำนักงานส่งเสริม  
การปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ ประชาสัมพันธ์การเข้ารับการฝึกอาชีพของคนพิการดังกล่าว ให้องค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ทราบ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดอุบลราชธานี เทศบาลนครอุบลราชธานี  
และเทศบาลเมืองทุกแห่ง ขอให้ดำเนินการเช่นเดียวกัน รายละเอียดปรากฏตามหนังสือศูนย์พัฒนาศักยภาพ  
และอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล ที่ พม ๐๗๐๗.๑๖/ว ๔๓๙ ลงวันที่ ๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ที่ส่งมาพร้อมนี้



กลุ่มงานส่งเสริมและพัฒนาท้องถิ่น

โทร. ๐ ๔๕๓๔ ๔๕๘๙

ผู้ประสานงาน นายฤทธิเกียรติ ศุภคต โทร ๐๘๕-๐๒๕๗๕๓๙



"๒๓๓ ปี" คือ กวามรบวาระการก่อตั้งจังหวัดอุบลราชธานี ครบ ๒๓๓ ปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๖  
"สูงเฮือง" คือ ความเจริญรุ่งเรืองของจังหวัดอุบลราชธานี จากอดีตสู่ปัจจุบัน  
"เมืองธรรม" คือ เมืองแห่งธรรมะ เมืองแห่งวัฒนธรรม และเมืองแห่งธรรมชาติ





# ข่าวประชาสัมพันธ์การฝึกอาชีพ

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี

๗๕๐ หมู่ ๒๔ ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ โทร ๐๔๕ - ๗๕๓๑๗๗



[www.bansriwanalai.com](http://www.bansriwanalai.com)

ID Line : sriwalaidep

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

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี เปิดรับคนพิการ  
เข้ารับการฝึกอาชีพ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป มีรายละเอียดดังนี้

## ๑. หลักสูตร

ที่	ชื่อหลักสูตร	ระยะเวลา (ชั่วโมง)	รับ (คน)	ชื่อครูผู้สอน	หมายเหตุ
<b>หลักสูตรระยะยาวในสถาบัน</b>					
๑	คอมพิวเตอร์สำนักงาน	๑๒๐๐	๑๐	นางรุ่งจิตร์ พิมพบุตร น.ส.กาญจน์รพีพรรณ พรจันทร์ นายคชพล เชื้อหาญ นายสงกรานต์ สอนศรี	วุฒิ ม.๓
๒	เกษตรพอเพียง	๑,๒๐๐	๑๐	นายสมิงพลาย ธานี	
๓	นวดไทยเพื่อสุขภาพ	๑,๒๐๐	๑๐	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๔	การทอผ้าพื้นเมือง	๑,๒๐๐	๑๐	น.ส.จันทร์เพ็ญ วะสุรีย์	
<b>หลักสูตรระยะสั้นในสถาบัน</b>					
๕	คอมพิวเตอร์เบื้องต้น	๓๖๐	๑๐	นายคชพล เชื้อหาญ	วุฒิ ม.๓
๖	การถ่ายภาพและการทำเพจ ขายสินค้าออนไลน์	๒๔๐	๑๐	น.ส.กาญจน์รพีพรรณ พรจันทร์	วุฒิ ม.๓
๗	งานสารบรรณ/โครงการ	๑๒๐	๑๐	นางรุ่งจิตร์ พิมพบุตร	วุฒิ ม.๓
๘	การเพาะเห็ดโคนทรีย์	๓๖๐	๑๐	นายสมิงพลาย ธานี	
๙	การนวดเฉลยศักดิ์	๓๖๐	๑๐	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๑๐	การนวดฝ่าเท้า ๕ ขั้นตอน	๓๖๐	๑๐		
๑๑	การนวดผ่อนคลาย	๓๖๐	๑๐		
๑๒	การนวดคอ บ่า ไหล่	๓๖๐	๑๐		
๑๓	ผ้าม้าย้อมจากวัสดุธรรมชาติ	๑๘๐	๑๐	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๑๔	การทำน้ำมันสมุนไพรไหล	๓๐	๑๐		

- ใบรับรองแพทย์ที่ระบุลักษณะความพิการหรือสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการด้านฝึกอาชีพได้ และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือยาเสพติดหรือไม่มีภาวะจิตประสาทรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษา
- หากพิการทางจิต ต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าสามารถฝึกอาชีพได้
- สำเนาหลักฐานการศึกษาหรือหนังสือรับรองอื่นๆ (ถ้ามี)

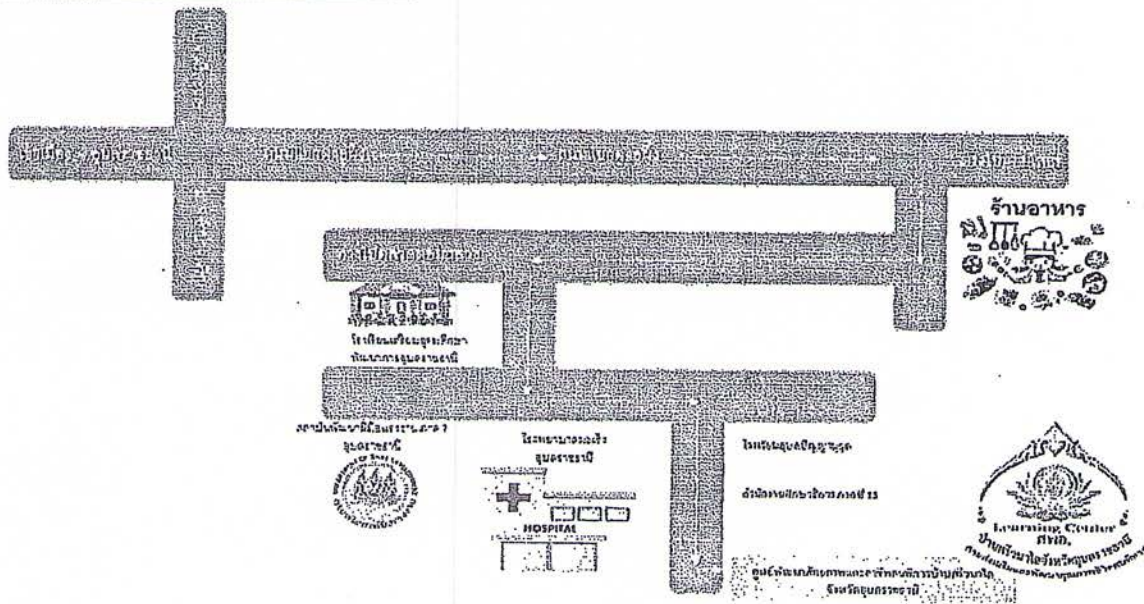
๓.๓ สถานที่รับสมัคร ผู้ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอาชีพให้ติดต่อและยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเอง ที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ ๗๕๐ หมู่ ๒๔ ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ หมายเลขโทร/โทรสาร ๐๔๕ - ๙๕๓๑๙๗ หรือส่งจดหมายตามที่อยู่ข้างต้น

\*\*\*\*\* ไม่มีค่าใช้จ่ายในการฝึกอาชีพ \*\*\*\*\*

**๔. กำหนดการเปิดภาคเรียน**

- ๔.๑ เปิดภาคเรียนที่ ๑ ตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ของปีปัจจุบัน - ๓๑ มีนาคม ของปีถัดไป
- ๔.๒ เปิดภาคเรียนที่ ๒ ตั้งแต่วันที่ ๑ พฤษภาคม - ๓๐ กันยายน ของทุกปี
- ๔.๓ ปิดภาคเรียนวันที่ ๑ - ๓๐ เมษายน ของทุกปี

**๕.๓ สถานที่ตั้งของหน่วยงาน**





## ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗

### ข้อมูลส่วนตัว

ชื่อ.....นามสกุล.....ชื่อเล่น.....

ชื่อภาษาอังกฤษ (Name).....นามสกุล (Surname).....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน  บัตรออกโดย.....

ว/ด/ป ที่ออกบัตร.....บัตรหมดอายุ.....ว/ด/ป ปีเกิด.....อายุ.....ปี

ใช้เครื่องช่วยความพิการ ( ) ไม่ใช่ ( ) ใช้ (ระบุ).....

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับ ( ) บิดา หรือมารดา ( ) อื่นๆ (ระบุ).....

คนพิการ

ผู้ดูแลคนพิการ

ผู้ด้อยโอกาส

สถานภาพ ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( ) หย่าร้าง

ที่อยู่ปัจจุบัน (ที่ติดต่อได้) เลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....LINE ID.....E-MAIL.....

ประเภทความพิการ.....โรคประจำตัว.....ยาที่ได้รับประทานประจำ.....

### การศึกษา

วุฒิการศึกษาสูงสุด.....จากสถานศึกษา.....จบเมื่อปี พ.ศ. ....

ความสามารถในการอ่าน-เขียนภาษาไทย ( ) ไม่ได้เลย ( ) พอได้ ( ) ดี ( ) ดีมาก

ความสามารถในการอ่าน-เขียนภาษาอังกฤษ ( ) ไม่ได้เลย ( ) พอได้ ( ) ดี ( ) ดีมาก

ไม่ได้รับการศึกษา  กำลังศึกษา ระดับ.....ณ.....

ความสามารถพิเศษ.....

เคยฝึกอาชีพ -หลักสูตร.....จาก.....ปี.....

-หลักสูตร.....จาก.....ปี.....

### มีความประสงค์สมัครฝึกอาชีพ

ระยะยาว (๑,๒๐๐ ชั่วโมง)

สาขาวิชาชีพคอมพิวเตอร์สำนักงาน

สาขาวิชาชีพนวดไทยเพื่อสุขภาพ

สาขาวิชาชีพ เกษตรพอเพียง

สาขาอื่นๆระบุ.....

ระยะสั้นในสถาบัน

สาขา .....

สาขา.....

ระยะสั้นในชุมชน

สาขา ๑.....

สาขา ๒.....

บุคคลที่สามารถติดต่อกรณีฉุกเฉิน

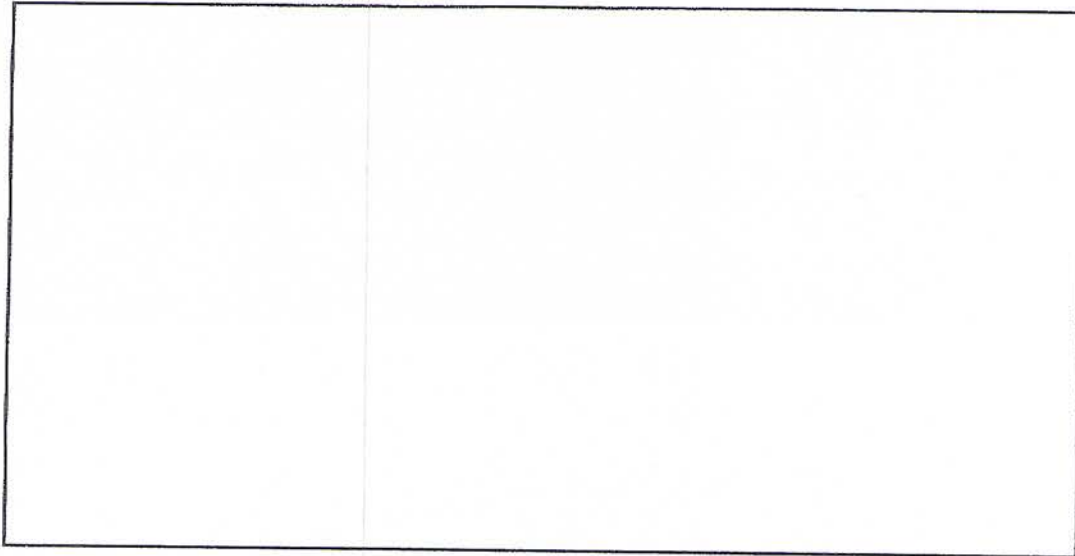
ชื่อ.....นามสกุล.....มีความเกี่ยวข้องกับ.....ที่อยู่ เลขที่.....  
หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....  
LINE ID..... E-Mail:.....

หลักฐานการรับสมัคร ( ) สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรอื่นที่ทางราชการออกให้ ๑ ฉบับ (รับรองสำเนา)  
( ) สำเนาทะเบียนบ้าน ๑ ฉบับ (รับรองสำเนา) ( ) แผนที่บ้าน ( ) รูปถ่าย ๑ นิ้ว ๔ รูป  
( ) สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๑ ฉบับ (รับรองสำเนา) ( ) สำเนาวุฒิการศึกษาสูงสุด (ถ้ามี)  
๑ ฉบับ (รับรองสำเนา) ( ) รูปถ่ายเต็มตัว จำนวน ๒ ใบ

(ลงชื่อ)	เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร	(ลงชื่อ)	ผู้สมัคร
(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	...../...../.....	...../...../.....	
...../...../.....			

แผนที่บ้านผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

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



ภาพถ่ายเต็มตัวของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

