

393  
นางสาวกมลวรรณ  
ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล  
๒๕ ก.ค. ๒๕๖๖

จังหวัดอุบลราชธานี

ฝ่ายบริการและเผยแพร่วิชาการ  
เลขที่รับ..... 491  
วันที่..... ๒๕ ก.ค. ๒๕๖๖  
เวลา..... 11.00 น.

สำนักงานเทศบาลนครอุบลราชธานี  
เลขที่รับ..... ๕๕๕๐  
วันที่..... ๒๕ ก.ค. ๒๕๖๖  
เวลา.....



ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล  
๗๕๐ ม.๒๔ ต.มใหญ่ อ.เมือง อบ ๓๔๐๐

ที่ พม ๐๗๐๗.๑๖/ว. ๕๓๘

๑๑ กรกฎาคม ๒๕๖๖

กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ  
เลขรับที่..... 364  
วันที่..... ๒๕ กค ๒๕๖๖  
เวลา..... 16.09 น.

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์คนพิการเพื่อเข้ารับการฝึกอาชีพ  
เรียน นายกเทศมนตรีเทศบาล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบล  
สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑.ข่าวประชาสัมพันธ์การฝึกอาชีพ  
๒.ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

จำนวน ๑ ชุด  
จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี  
สังกัดกองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ  
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ มีภารกิจในการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านร่างกาย อารมณ์  
จิตใจและสังคม พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพด้านอาชีพสำหรับคนพิการ การเตรียมความพร้อมด้านทักษะชีวิต  
สู่การมีงานทำ และการฝึกอาชีพคนพิการ เพื่อให้คนพิการสามารถมีอาชีพ มีรายได้ และสามารถออกสู่สังคม  
การมีงานทำในสถานประกอบการ หรือประกอบอาชีพอิสระ มีคุณภาพชีวิตที่ดี ดำรงชีวิตในสังคมอย่างยั่งยืน

ในการนี้ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี  
จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์มายังท่านในการประชาสัมพันธ์ให้คนพิการและครอบครัวทราบ เพื่อสมัครเข้ารับ  
การฝึกอาชีพ ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี ในปีงบประมาณ  
๒๕๖๗ โดยไม่มีค่าใช้จ่าย ตามเอกสารที่ส่งมาด้วยนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

เรียน นายกเทศมนตรี  
- เพื่อโปรดทราบ  
- ทันตะวันทิมแก้ว

เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ

- ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล  
ขอแสดงความนับถือ  
- ตัวแทนกลุ่มพัฒนาทักษะอาชีพ/อสม.อสม.  
ว่าที่ร้อยตรีหญิง (กิริณา หล้าเนียม)

กน  
(นางกวิณมาท ฝั่งมัน)  
รองปลัดเทศบาล-ปฏิบัติราชการแทน  
ปลัดเทศบาลนครอุบลราชธานี  
26 ก.ค 2566

(นางกวิณมาท ฝั่งมัน) ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล  
จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มพัฒนาทักษะอาชีพ  
โทรศัพท์: ๐๔๕-๙๕๓๑๙๗  
ผู้ประสานงาน: ๑) ศพล เชื้อหาญ โทรศัพท์.๐๖๑-๐๒๑๒๗๗๗  
๒) รุ่งจิตร พิมพ์บุตร โทรศัพท์.๐๘๐-๑๕๒๗๔๑๑

- ดำเนินการตามเสนอ  
- พงศ.ปัทมาภว. อิกมพ  
กน  
(นายธรรม์ ชินโคมพ)  
รองนายกเทศมนตรี ปฏิบัติราชการแทน  
นายกเทศมนตรีนครอุบลราชธานี  
๒๖ ก.ค. ๒๕๖๖



# ข่าวประชาสัมพันธ์การฝึกอาชีพ

ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไล จังหวัดอุบลราชธานี

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



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

ID Line : sriwalaidep

[www.facebook.com/Sriwanalaihome](http://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 ทิมพบุตร น.ส.กาญจนาพรพิพรรณ 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.กาญจนาพรพิพรรณ พรจันทร์	วุฒิ ม.๓
๗	งานสารบรรณ/โครงการ	๑๒๐	๑๐	นางรุ่งจิตร์ ทิมพบุตร	วุฒิ ม.๓
๘	การเพาะเห็ดอินทรี	๓๖๐	๑๐	นายสมิงพลาย ธานี	
๙	การนวดเฉยคักดิ์	๓๖๐	๑๐	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๑๐	การนวดฝ่าเท้า ๕ ขั้นตอน	๓๖๐	๑๐		
๑๑	การนวดผ่อนคลาย	๓๖๐	๑๐		
๑๒	การนวดคอบ่า ไหล่	๓๖๐	๑๐		
๑๓	ผ้ามัดย้อมจากวัสดุธรรมชาติ	๑๘๐	๑๐	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๑๔	การทำน้ำมันสมุนไพรไหล	๓๐	๑๐		
๑๕	การแปรรูปเห็ด	๓๐	๑๐	นางสมรัก มหัทธนะ	

หลักสูตรระยะสั้นในชุมชน					
ที่	ชื่อหลักสูตร	ระยะเวลา (ชั่วโมง)	รับ คน)	ชื่อครูผู้สอน	หมายเหตุ
๑๖	การเพาะเห็ดนางฟ้าภูฐาน (อินทรีย์)	๓๐	๒๕	นายสมิงพลาย ธานี	
๑๗	นวัตกรรมการติดตั้งโซล่าเซลล์	๑๘	๒๕	นายสงกรานต์ สอนศรี	
๑๘	ผ้ามัดย้อมจากวัสดุธรรมชาติ	๑๘	๒๕	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๑๙	การแปรรูปเห็ด	๑๘	๒๕	นางสมรัก มหัทธนะ	
๒๐	การทำน้ำมันสมุนไพร	๑๒	๒๕	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๒๑	การทำพวงมาลัยด้วยผ้า	๑๘	๒๕	นางรุ่งจิตร พิมพ์บุตร	
๒๒	การทำปุ๋ยจุนทรีย์	๖	๒๕	นายสมิงพลาย ธานี	
๒๓	การนวดฝ่าเท้า ๕ ขั้นตอน	๒๔	๑๕	น.ส.เนาวรัตน์ สาจันทร์	
๒๔	การทำบัญชีครัวเรือน	๖	๒๕	นายคชพล เชื้อหาญ	

## ๒. คุณสมบัติ

- ๒.๑ เป็นคนพิการอยู่ในอายุระหว่าง ๑๘ - ๔๕ ปี
- ๒.๒ เป็นคนพิการที่ได้รับการจดทะเบียนคนพิการ
- ๒.๓ เป็นคนพิการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความพิการไม่เป็นอุปสรรคต่อวิชาชีพที่อบรม
- ๒.๔ คนพิการหูหนวกหรือเป็นใบ้ต้องสื่อความหมายได้/หรือสำเร็จการศึกษาภาคบังคับจากโรงเรียนโสตศึกษาของรัฐหรือเอกชน
- ๒.๕ คนพิการอัมพาตต้องสามารถควบคุมระบบขับถ่ายได้
- ๒.๖ คนพิการครึ่งท่อนล่างที่ต้องใช้เครื่องช่วยความพิการหรือกายอุปกรณ์ช่วยเดินต้องสามารถฝึกภาคปฏิบัติตามหลักสูตรได้
- ๒.๗ สามารถอ่านออกเขียนได้ (สามารถสื่อสารได้ยกเว้นหลักสูตรพัฒนาศักยภาพ) ส่วนหลักสูตรคอมพิวเตอร์ ต้องสำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.๓)ขึ้นไป
- ๒.๘ ผู้สมัครเรียนวิชาชีพต้องมีคุณสมบัติเฉพาะตามที่กำหนด ผ่านการทดสอบว่าเป็นผู้มีสติปัญญาและสามารถฝึกอาชีพได้โดยดุลยพินิจของคณะกรรมการฯในการพิจารณาคัดเลือก
- ๒.๙ มีความประพฤติเรียบร้อยและไม่ติดสิ่งเสพติดทุกประเภท
- ๒.๑๐ ไม่เป็นโรคติดต่อเรื้อรังหรือร้ายแรง
- ๒.๑๑ เป็นผู้ดูแลคนพิการหรือบุคคลทั่วไป (เฉพาะหลักสูตรระยะสั้นในชุมชน)

## ๓. การรับสมัคร

- ๓.๑ เปิดรับสมัครตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป
- ๓.๒ ผู้สมัครเข้ารับการศึกษาต้องยื่นใบสมัครตามแบบที่กำหนดพร้อมหลักฐานต่างๆ ดังนี้
  - สำเนาทะเบียนบ้าน
  - สำเนาบัตรคนพิการ
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือทางบัตรที่ทางราชการออกให้ (ถ้ามี)
  - รูปถ่าย ๑ นิ้ว จำนวน ๔ รูป พร้อมรูปถ่ายเต็มตัวให้เห็นลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการ (ถ้ามี) จำนวน ๒ รูป

- ใบรับรองแพทย์ที่ระบุลักษณะความพิการหรือสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพความพิการด้านฝีกอาชีพได้ และไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรงหรือยาเสพติดหรือไม่มีภาวะจิตประสาทรุนแรงที่อยู่ระหว่างการรักษา
- หากพิการทางจิต ต้องมีใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลว่าสามารถฝีกอาชีพได้
- สำเนาหลักฐานการศึกษาหรือหนังสือรับรองอื่นๆ (ถ้ามี)

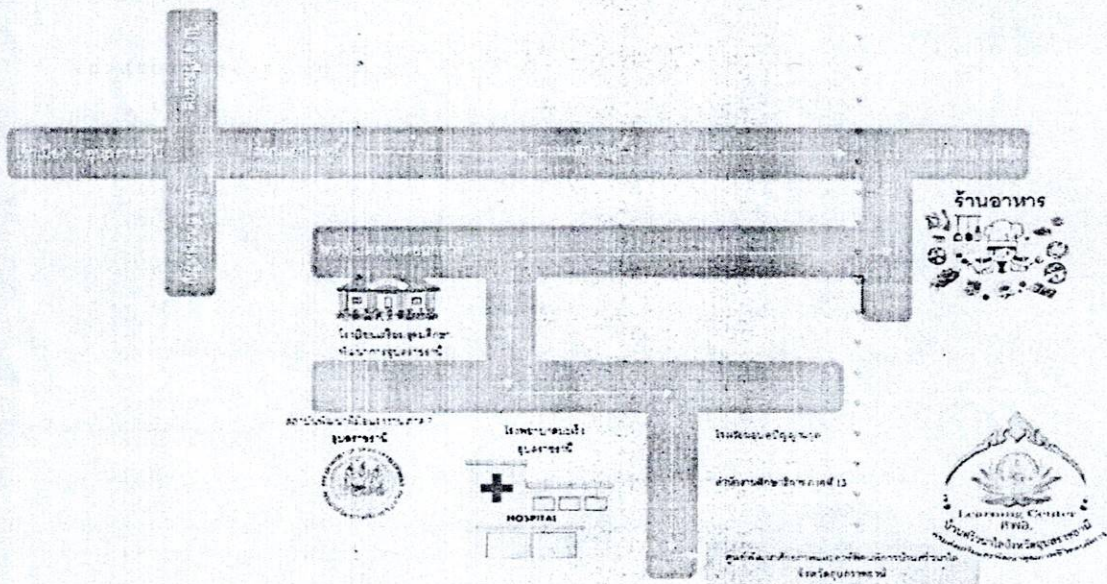
๓.๓ สถานที่รับสมัคร ผู้ที่ประสงค์จะเข้ารับการฝีกอาชีพให้ติดต่อและยื่นใบสมัครได้ด้วยตนเอง ที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการบ้านศรีวนาไลจังหวัดอุบลราชธานี เลขที่ ๗๕๐ หมู่ ๒๔ ถนนคลังอาวุธ ตำบลขามใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ๓๔๐๐๐ หมายเลขโทร/ โทรสาร ๐๔๕ - ๙๕๓๑๙๗ หรือส่งจดหมายตามที่อยู่ข้างต้น

\*\*\*\*\* ไม่มีค่าใช้จ่ายในการฝีกอาชีพ \*\*\*\*\*

#### 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. สถานที่ตั้งของหน่วยงาน





## ใบสมัครเข้ารับการศึกษาฝึกอาชีพ

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 ( ) ใช่ (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

ระยะเวลา (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:L.....

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) ..... เจ้าหน้าที่รับสมัคร (ลงชื่อ) ..... ผู้สมัคร

(.....) (.....)

ตำแหน่ง..... /..... /.....

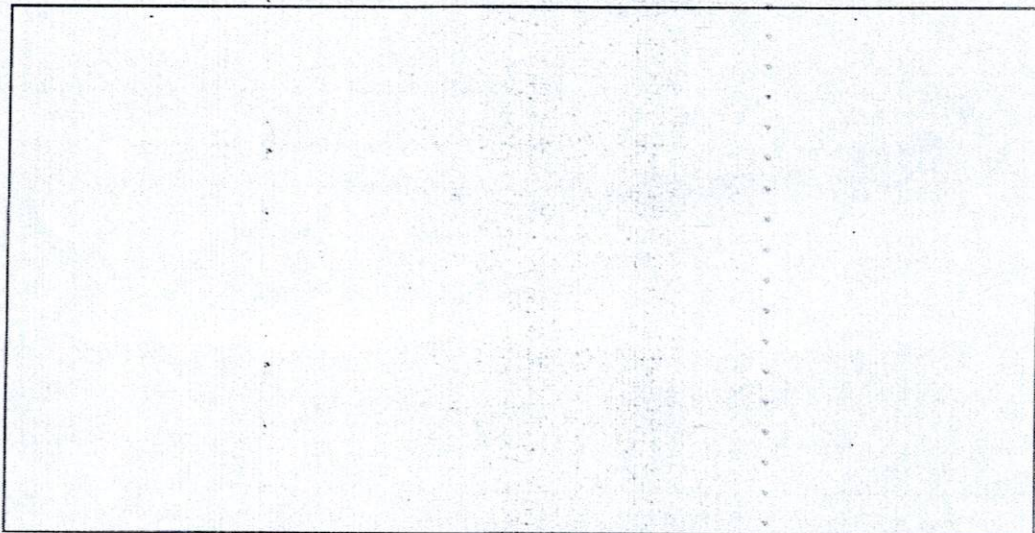
..... /..... /.....

แผนที่บ้านผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

ของ ชื่อ-สกุล.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....



ภาพถ่ายเต็มตัวของผู้สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

