



สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

จังหวัดมุกดาหาร ศาลากลางจังหวัด มท ๕๕๐๐๐

เลขที่รับ ๔๐๑.

วันที่ 24 ก.ค. 2563

เวลา 16.00 น.

กรกฎาคม ๒๕๖๓

ที่ มท ๐๐๐๕/๖ ๓๑๐๗

เรื่อง ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์การเปิดรับสมัครคนพิการเข้ารับการฝึกอาชีพ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๔

เรียน นายกเทศมนตรีตำบล/นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมุกดาหาร ได้รับประสานจาก ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ กำหนดรับสมัครคนพิการ อายุ ระหว่าง ๑๕ - ๔๐ ปี ที่มีลักษณะความพิการ ๕ ประเภท ได้แก่ ๑) พิการทางการเคลื่อนไหวหรือร่างกาย ๒) พิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม ๓) พิการทางสติปัญญา ๔) พิการทางการเรียนรู้ ๕) พิการทางออทิสติก และคนพิการที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ความพิการไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึกอาชีพ ไม่ติดสารเสพติด ไม่เป็นโรคเรื้อรังและโรคติดต่อร้ายแรง โดยมีหลักสูตรการเรียนการสอน ๔ หลักสูตร ได้แก่ หลักสูตรคอมพิวเตอร์ หลักสูตรอิเล็กทรอนิกส์ หลักสูตรเย็บหนัง และหลักสูตรตัดเย็บเสื้อผ้าสตรี ซึ่งหลักสูตรคอมพิวเตอร์ต้องมีความรู้ขั้นต่ำระดับมัธยมศึกษาปีที่ ๓ (ม.๓) และหลักสูตรอิเล็กทรอนิกส์ความรู้ขั้นต่ำระดับประถมศึกษาปีที่ ๖ (ป.๖) รวมทั้งดูแลด้านปัจจัยสี่ระหว่างที่ฝึกอาชีพตลอดหลักสูตร

ในการนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมุกดาหาร จึงขอความร่วมมือท่านประชาสัมพันธ์ให้คนพิการที่สนใจ คนพิการที่สนใจสามารถสมัครได้ ๒ ช่องทาง ๑.สมัครทางไปรษณีย์หรือ E-mail ส่งใบสมัครพร้อมภาพถ่ายเต็มตัวที่แสดงให้เห็นสภาพความพิการ ไปยังศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ เลขที่ ๕๐ หมู่ที่ ๗ ตำบลทรงคนอง อำเภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ๑๐๑๓๐ หรือส่งผ่านช่องทาง E-Mail : repha-ppd@dep.go.th และสมัครด้วยตนเองได้ที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ ในวันและเวลาราชการ สอบถามข้อมูล โทร. ๐๒ ๔๖๒ ๕๐๐๘ ต่อ ๑๐๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางมนัสนันท์ ศุภพิทักษ์สกุล)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมุกดาหาร

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดมุกดาหาร

โทรศัพท์ / โทรสาร ๐๔๒-๖๑๑-๔๔๒

สำเนาถูกต้อง

นางสาวขวัญพร สมพงษ์
นักพัฒนาชุมชนปฏิบัติการ

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

- สมัครที่.....
วันที่.....เดือน.....ปี.....
1. ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร.....อายุ.....ปี ศาสนา.....
 2. ลักษณะความพิการ (โดยละเอียด).....
 3. ชื่อบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการ.....
อายุ.....ปี ความสัมพันธ์.....อาชีพ.....รายได้.....บาท/ปี
เบอร์โทรศัพท์.....
 4. ชื่อสามี/ภรรยา.....อายุ.....ปี อาชีพ.....รายได้.....บาท/ปี
 5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก / ซอย.....
แขวง / วัง.....เขต / อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....
 6. ชื่อผู้พิการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ชื่อ.....สกุล.....
เบอร์โทรศัพท์.....ความสัมพันธ์.....
 7. ประสบการณ์การประกอบอาชีพ ☐ มีประสบการณ์ทำงาน ระบุ.....
☐ ไม่มีประสบการณ์การทำงาน
 8. สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอาชีพ.....
 9. สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ (โปรดระบุหลักสูตรการเรียนที่ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการเปิดสอนเท่านั้น)
9.1.....
9.2.....
9.3.....
(หากไม่ผ่านการประเมินในหลักสูตรการเรียนที่ผู้สมัครไว้ ศูนย์ฯจะพิจารณาให้ฝึกหลักสูตรการเรียนอื่นตามความเหมาะสมได้)
 10. หลักฐานการสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

10.1 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน)	จำนวน 2 รูป
10.2 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการขนาด 4X6 นิ้ว	จำนวน 1 รูป
10.3 บัตรสวัสดิการด้านพยาบาล(บัตรประกันสุขภาพคนพิการ)	
10.4 บัตรประจำตัวประชาชน	
10.5 ทะเบียนบ้าน	
10.6 บัตรประจำตัวคนพิการหรือสมุดประจำตัวคนพิการ	
10.7 รูปการศึกษาหรือหนังสือรับรองการศึกษา	
10.8 ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาล	
10.9 อื่นๆ.....	

(ลงชื่อ).....ผู้สมัคร

ส่วนนี้สำหรับผู้จัดบันทึก
การวินิจฉัยเบื้องต้น

(ลงชื่อ).....ผู้วินิจฉัย

(.....)