



ที่ สป ๐๐๓๓.๐๑๐/ว ๒๔๖๐

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
 ๕๖ ถนนเทศบาล ๓ อำเภอเมือง
 จังหวัดสระบุรี ๑๘๐๐๐

๒๖ กันยายน ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าร่วมคอมพิวเตอร์สำหรับคนพิการ
 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง/สาธารณสุขอำเภอทุกแห่ง

- | | | | | |
|------------------|---------------|-------|---|------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. ใบสมัคร | จำนวน | ๑ | ฉบับ |
| | ๒. รายละเอียด | จำนวน | ๑ | ฉบับ |

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ได้รับการประสานจากมูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ ได้จัดอบรมคอมพิวเตอร์ ๒ หลักสูตร คือคอมพิวเตอร์สำนักงาน และคอมพิวเตอร์กราฟฟิก หลักสูตรละ ๖ เดือน รวมเป็นระยะเวลา ๑ ปี แก่คนพิการ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี ขอความร่วมมือประชาสัมพันธ์แก่คนพิการที่สนใจ เข้าร่วมอบรมหลักสูตรคอมพิวเตอร์ หมวดเขตรับสมัครวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายชนกร ศรีณยภิญโญ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวิหารแดง
 ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
 - เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นควรลงนาม/แจ้ง

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานบริการทั่วไป | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานบริการปฐมภูมิ |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานบริหารเวชภัณฑ์ | <input type="checkbox"/> กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ |
| <input type="checkbox"/> กลุ่มงานเภสัชกรรม | <input type="checkbox"/> งานการเงิน |
| <input checked="" type="checkbox"/> กลุ่มงานป้องกัน | <input type="checkbox"/> งานศูนย์จัดเก็บรายได้ |
| <input checked="" type="checkbox"/> นิตยากร / ร.ร.๒๓๖๖ | |

กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อฯ
 โทร ๐ ๓๖๒๒ ๓๑๑๘ ต่อ ๑๑๐
 โทรสาร ๐ ๓๖๒๑ ๒๐๓๘ , ๐๘๔

28 ก.ย. 2565
 ๒๘/๑๑/๖๕

ใบสมัครโครงการฝึกอบรมคอมพิวเตอร์

สำหรับผู้พิการ

- ชื่อ - นามสกุล นาย นาง นางสาว.....อายุ.....ปี
- วันเดือนปี/เกิด.....เลขที่บัตรประชาชน
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....
- ลักษณะความพิการ.....
สาเหตุของความพิการ. พิการแต่กำเนิด อุบัติเหตุ
 พิการจากการรักษา อื่นๆ.....
- วุฒิการศึกษาสูงสุด..... หรือกำลังศึกษาต่อระดับ
- สนใจสมัครเรียนหลักสูตร
 คอมพิวเตอร์สำนักงาน รุ่นที่ 54 (สำหรับผู้ไม่มีพื้นฐาน)
 คอมพิวเตอร์กราฟิก รุ่นที่ 44 (เคยผ่านการอบรมคอมพิวเตอร์)
- หลักฐานการสมัคร :- ขอให้ส่งเอกสารดังต่อไปนี้มาพร้อมกับใบสมัคร
 สำเนาบัตรประชาชน 2 ชุด
 สำเนาทะเบียนบ้าน 2 ชุด
 สำเนาวุฒิการศึกษา 2 ชุด
 สำเนาบัตรคนพิการ 2 ชุด
 รูปถ่ายขนาด 1" หรือ 2" จำนวน 2 รูป
 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการ จำนวน 1 รูป
 อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่สมัคร.....

สำหรับเจ้าหน้าที่

หลักฐานการสมัคร :-

- สำเนาบัตรประชาชน
- สำเนาทะเบียนบ้าน
- สำเนาวุฒิการศึกษา
- สำเนาบัตรคนพิการ
- อื่น ๆ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่รับสมัคร

รายละเอียดข้อกำหนดทุกเงื่อนไขก่อนสมัคร

1. คุณสมบัติ	- อายุระหว่าง 16 -40 ปี - การศึกษาขั้นต่ำ ป.6 - พิจารณาทางการเคลื่อนไหว,สติปัญญาแต่สามารถเรียนรู้ได้และช่วยเหลือตัวเองได้
2. หลักฐาน	- สำเนาทะเบียนบ้าน 2 ชุด - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน 2 ชุด - สำเนาใบรับรองการศึกษา 2 ชุด - สำเนาบัตรคนพิการ 2 ชุด - รูปถ่ายขนาด 1" หรือ 2 " จำนวน 2 รูป - รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการ 1 รูป
3. กำหนดการ	รับสมัครตั้งแต่วันนี้เป็นต้นไป หมดเขตรับสมัครวันที่ 31 ตุลาคม 2565 จะแจ้งรายชื่อผู้มีสิทธิ์เข้าฝึกอบรมภายหลัง
4.หลักสูตรการเปิดสอน	โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำนักงาน โปรแกรมคอมพิวเตอร์กราฟิก (**มีความรู้พื้นฐานคอมพิวเตอร์เบื้องต้น) **ระยะเวลาฝึกอบรมหลักสูตรละ 6 เดือน**
5. สถานที่ฝึกอบรม	มูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ 78/17 หมู่ 1 ซ.สถานสงเคราะห์ ถ.ติวานนท์ ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร.02-582-2897-8 สายรถประจำทางที่ผ่าน 32,ปอ.505,
6. ค่าใช้จ่าย	- ไม่เสียค่าใช้จ่าย - มีที่พัก และอาหารให้
7. ส่งใบสมัครพร้อมหลักฐานมาที่	มูลนิธิส่งเสริมและพัฒนาคนพิการ 78/17 หมู่ 1 ซ.สถานสงเคราะห์ ถ.ติวานนท์ ต.บางตลาด อ.ปากเกร็ด จ.นนทบุรี 11120 โทร.02-582-2897-8

รายละเอียดหลักสูตร

คอมพิวเตอร์สำนักงาน	คอมพิวเตอร์กราฟิก
<ul style="list-style-type: none"> • คอมพิวเตอร์และ Internet เบื้องต้น • Word 2021 • Excel 2021 • PowerPoint 2021 	<ul style="list-style-type: none"> • Photo Shop cc2019 • Illustrator cc2019 • Corel Draw 2019 • Indesign • Skotchup