

ม.ค. ๒๕๖๓



องค์การบริหารส่วนตำบลวังหิน
เลขที่รับ ๒๔๖๓
วันที่ ๒๓ ธ.ค. ๖๓
เรื่อง

ที่ นค ๐๐๐๕/๖๓๐๗

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช นค ๘๐๐๐๐

๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการ
เรียน นายกเทศมนตรีนครนครศรีธรรมราช นายกเทศมนตรีเมืองทุ่งสง นายกเทศมนตรีเมืองปากพอง
นายกเทศมนตรีเมืองปากพูน นายกเทศมนตรีตำบลทุกตำบล นายกองค์การบริหารส่วนตำบลทุกตำบล

สิ่งที่ส่งมาด้วย	๑. เอกสารประชาสัมพันธ์โครงการ	จำนวน	๑ ฉบับ
	๒. ใบสมัคร	จำนวน	๑ ฉบับ
	๓. ระเบียบการทุนเพื่อการศึกษา	จำนวน	๑ ชุด

ด้วยกรมกิจการผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท ได้ลงบันทึกข้อตกลงความร่วมมือเพื่อส่งเสริมและพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการ เมื่อวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อมอบทุนและโอกาสทางการศึกษาวิชาชีพให้กับเยาวชนและสตรี เพื่อยกระดับให้มีอาชีพที่มั่นคงและยั่งยืนเป็นการสร้างรายได้และสามารถกลับไปดูแลครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และพัฒนาชุมชนต่อไป

เพื่อเป็นการส่งเสริมสนับสนุนด้านการศึกษาวิชาชีพให้กับเยาวชนและสตรี ให้มีอาชีพที่มั่นคงและยั่งยืนเป็นการสร้างรายได้และสามารถกลับไปดูแลครอบครัว ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และร่วมกันพัฒนาชุมชน สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช จึงขอความร่วมมือจากท่านประชาสัมพันธ์โครงการส่งเสริมและพัฒนาการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการ แก่ผู้ที่สนใจซึ่งมีคุณสมบัติ ดังนี้ ๑) เพศหญิง อายุ ๑๘ - ๓๕ ปี ๒) ทุกสถานภาพ (หญิงไม่ตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษา) ๓) สำเร็จการศึกษาชั้น ม.๓/ม.๖/กศน./ปวช./ปวส./ป.ตรี ๔) มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา ๕) มีความประพฤติดี รักการบริการและช่วยเหลือผู้อื่น ๖) น้ำหนักไม่น้อยกว่า ๔๐ กิโลกรัม ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า ๑๕๐ เซนติเมตร ทั้งนี้ หากมีผู้สนใจเข้าร่วมโครงการดังกล่าวสามารถสมัครได้ด้วยตนเองในวันและเวลาราชการ ณ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ชั้น ๑ ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช (หลังใหม่) ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป เพื่อจะได้รวบรวมข้อมูลรายงานกรมกิจการผู้สูงอายุ ดำเนินการต่อไป หรือโทรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท ๐๙ - ๕๒๗๕ - ๕๕๖๕ และ ๐๙ - ๘๙๘๓ - ๐๔๑๔ รายละเอียดตามเอกสารที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

นางอุบล ทองสลับล้วน
ขอแสดงความนับถือ

(นางอุบล ทองสลับล้วน)

พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครศรีธรรมราช

กลุ่มการพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

โทร. ๐ ๗๕๓๕ ๖๑๖๕

โทรสาร ๐ ๗๕๓๕ ๐๐๐๐

(นายรักพร บริพันธ์)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลวังหิน

(นายทบ รัตนคช)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลวังหิน



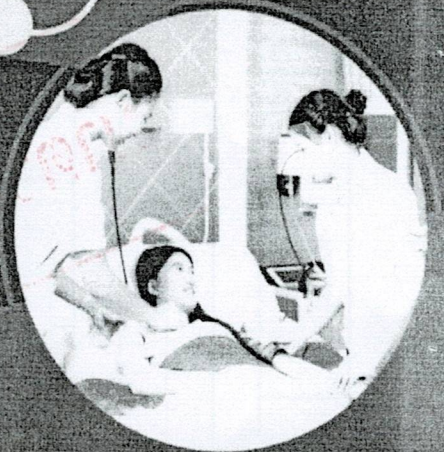
โครงการส่งเสริมและพัฒนา การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุและคนพิการ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
ร่วมกับโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

ทุนเรียนฟรี มีงานทำ

- ✓ เพศหญิง อายุ 18 - 35 ปี
- ✓ วุฒิก่อนศึกษา
ม.3/ม.6/กศน./ปวช./ปวส./ป.ตรี

สมัครได้ที่



หลักสูตรวิชาชีพ

“การดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ”

เรียน 6 เดือน
ทำงานหลังจบ 2 ปี

จบแล้วมีงานทำทันที
ค่าตอบแทนคุ้มค่า

13,000 - 15,000 บาท

✓ ✓ ✓ มีทุนฟรี ! ตลอดหลักสูตร !

- ค่าเล่าเรียน
- ที่พัก อาหาร
- ชุดยูนิฟอร์ม
- อุปกรณ์การเรียน



รายละเอียดเพิ่มเติม

<http://www.kluaynamthaischool.com/>

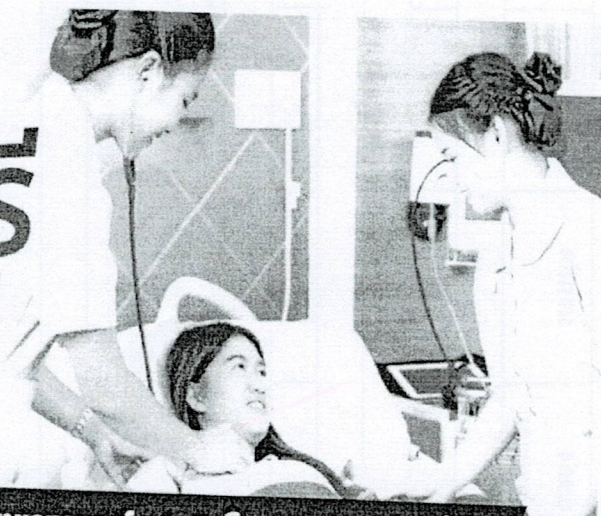
095 - 275 - 5565
098 - 983 - 0414

โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

www.kluaynamthaischool.com/



ทุนเรียนฟรี มีงานทันที



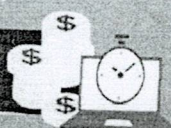
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ร่วมกับ โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

ทุนพลิกชีวิต เรียนฟรี มีงานทำ สร้างรายได้
หลักสูตรวิชาชีพ "การดูแลผู้สูงอายุ และคนพิการ"

คุณสมบัติ : เพศหญิง อายุ 18 - 35 ปี
ระยะเวลา : เรียน 6 เดือน ทำงาน 2 ปี

จบแล้วมีงานทำทันที ค่าตอบแทนคุ้มค่า

13,000 - 15,000 บาท/เดือน



มีทุน
ตลอดหลักสูตร

- ค่าเล่าเรียน
- ชุดยูนิฟอร์ม
- ที่พัก อาหาร
- อุปกรณ์การเรียน

สมัครได้ที่

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทั่วประเทศ

สอบถามรายละเอียด
เพิ่มเติมได้ที่



095-275-5565
098-983-0414



Line ID :
@kntschoo



โรงเรียนฝึกพนักงานโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท
ในความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ
ใบสมัครเรียน

รูปถ่าย
3X4 ซม.

ชื่อ - สกุล..... อายุ..... ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ.....
ชื่อ-สกุล (ภาษาอังกฤษ)..... ศาสนา..... ส่วนสูง..... ซม.
น้ำหนัก..... ก.ก. เกิดวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... สถานภาพ () โสด () สมรส () ม้าย () หย่า
บัตรประชาชนเลขที่..... วันที่ออกบัตร..... วันที่หมดอายุ.....
ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน..... รหัสไปรษณีย์.....
ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... มือถือ..... Email.....
ความสามารถพิเศษ..... ภาษาอื่นที่พูดได้.....
ประวัติการศึกษาล่าสุด

จบการศึกษาระดับ	ชื่อสถานศึกษา	วุฒิการศึกษา	ปีที่สำเร็จ	สาขาวิชา
	เกรดเฉลี่ย			

ท่านมีโรคประจำตัวคือ..... ในระยะเวลา 5 ปี ที่ผ่านมามีท่านเคยป่วยหนักคือ.....
ท่านต้องทานยาชนิดใดเป็นประจำหรือไม่ โปรดระบุชื่อยา.....
ชื่อ - สกุลบิดา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม
ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....
งาน..... โทร.....
ชื่อ - สกุลมารดา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... () มีชีวิต () ถึงแก่กรรม
ที่อยู่ปัจจุบัน..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....
ที่ทำงาน..... โทร.....
ผู้ที่ติดต่อได้กรณีฉุกเฉิน..... เกี่ยวข้องเป็น.....
ที่อยู่กรณีฉุกเฉิน..... รหัสไปรษณีย์..... โทร.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ หากมีข้อความบิดเบือนหรือปกปิดข้อมูลโดยทางโรงเรียน
พบว่าข้อมูลดังกล่าวเท็จ จะยินยอมให้ดำเนินการตามมาตรการจนถึงยุติการเรียนโดยไม่มีข้อแม้ใดๆทั้งสิ้น

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....



ระเบียบการทุนเพื่อการศึกษา ปี 2563

หลักสูตรวิชา พนักงาณโรงพยาบาล

สาขา วิชาชีพการดูแลผู้สูงอายุ (ระยะเวลาเรียน 6 เดือน)

โรงเรียนฝึกพนักงานโรงพยาบาลถั่วฝักยาว (โดยความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ)

1. คุณสมบัติของผู้สมัคร

- 1.1 เพศหญิง – (เพศชาย จำนวนจำกัด) อายุ 18-35 ปี
- 1.2 ทุกสถานภาพ (หญิงไม่ตั้งครรภ์ขณะกำลังศึกษา)
- 1.3 สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3/ม.6 /กศน./ปวช./ปวศ./ป.ตรี
- 1.4 มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการศึกษา
- 1.5 มีความประพฤติดี รักการบริการและช่วยเหลือผู้อื่น
- 1.6 น้ำหนักไม่น้อยกว่า 40 กิโลกรัม ส่วนสูงไม่ต่ำกว่า 150 เซนติเมตร

2. หลักฐานการสมัครเรียน

2.1 สำเนาวุฒิการศึกษา	2	ฉบับ
2.2 สำเนาบัตรประชาชน	2	ฉบับ
2.3 สำเนาทะเบียนบ้าน	2	ฉบับ
2.4 รูปถ่ายปัจจุบันขนาด 1 นิ้ว (ชุดสุภาพ)	2	รูป
2.5 หลักฐานการเปลี่ยนชื่อ-สกุล (ถ้ามี)	2	ฉบับ
2.6 ทะเบียนสมรส (ถ้ามี)	2	ฉบับ
2.7 สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง (บิดา+มารดา)	2	ฉบับ
2.8 สำเนาทะเบียนบ้านผู้ปกครอง (บิดา+มารดา)	2	ฉบับ

3. การคัดเลือก

- 3.1 สัมภาษณ์
- 3.2 การทดสอบความรู้พื้นฐาน
- 3.3 ตรวจร่างกาย

4. การค้ำประกันผู้เข้าเรียนทุนเพื่อการศึกษาต้องเป็นบุคคลที่เชื่อถือได้ดังนี้

- 4.1 ข้าราชการประจำ เช่น ครู ทหาร ตำรวจ อื่นๆ
- 4.2 ข้าราชการการเมือง เช่น สส. ส.ว. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อื่นๆ
- 4.3 พนักงานเอกชนที่มีฐานเงินเดือน 15,000 บาทขึ้นไป และต้องแสดงหนังสือรับรองการทำงาน

5. การแต่งกาย (ตามแบบฟอร์มที่โรงเรียนกำหนด)

- 5.1 เครื่องแบบกระโปรงชุดติดกันสีฟ้าคอขาวสีขาว
- 5.2 ชุดพลະเสื้อยืดสีขาว กางเกงวอร์มสีกรมท่าขาว
- 5.3 รองเท้าผ้าใบสีขาว ถุงเท้าสีขาว

6. ทุนเพื่อการศึกษา มูลค่า 95,000 บาท ประกอบด้วย

- 6.1 ค่าเล่าเรียนตลอดหลักสูตร
- 6.2 ค่าเรียนภาษาอังกฤษ
- 6.3 ค่าธรรมเนียมแรกเข้า
 - ค่าอุปกรณ์การเรียนและตำราเรียน
 - ค่าชุดยูนิฟอร์มสีฟ้า 2 ชุด
 - ค่าชุดพลະ 1 ชุด
 - ค่าเสื้อสูท 1 ตัว
 - ค่าชุดเครื่องนอน 1 ชุด
 - ที่พัก
 - อาหาร วันละ 3 มื้อ

7. หลักการคืนทุน

เมื่อจบการศึกษามาแล้ว จะต้องทำงานกับ บริษัท จูเนียร์และซีเนียร์ โฮม เฮลท์ แคร์ จำกัด เป็นเวลา 2 ปี มีรายได้ เดือนละ 13,000 - 15,000 บาท หลังจากทำงานครบตามข้อตกลงแล้วสามารถไปทำงานตามโรงพยาบาลรัฐ หรือ โรงพยาบาลเอกชน ได้ทั่วประเทศ

โรงเรียนฝึกพนักงานโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

***กรณีทุนเพื่อการศึกษา**

เอกสารใช้ประกอบการทำสัญญา

ส่วนของนักศึกษา

- | | | |
|---------------------------------|---|------|
| 1. สำเนาวุฒิการศึกษาของนักศึกษา | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประชาชนของนักศึกษา | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านของนักศึกษา | 1 | ฉบับ |

ส่วนของผู้ปกครอง

- | | | |
|---|---|------|
| 1. สำเนาบัตรประชาชนของผู้ปกครอง (พ่อ - แม่) | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ปกครอง (พ่อ - แม่) | 1 | ฉบับ |

ส่วนของผู้รับประกัน

กรณีผู้รับประกันเป็นข้าราชการ

- | | | |
|--------------------------------------|---|------|
| 1. สำเนาบัตรข้าราชการของผู้รับประกัน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประกัน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกัน | 1 | ฉบับ |

กรณีผู้รับประกันเป็นพนักงานบริษัทเอกชน มีเงินเดือน 15,000 บาท ขึ้นไป

- | | | |
|---|---|------|
| 1. หนังสือรับรองเงินเดือน , สลิปเงินเดือนย้อนหลัง 3 เดือน | 1 | ฉบับ |
| 2. สำเนาบัตรประชาชนของผู้รับประกัน | 1 | ฉบับ |
| 3. สำเนาทะเบียนบ้านของผู้รับประกัน | 1 | ฉบับ |

*****หมายเหตุ กรุณแนบ สำเนาถูกต้อง ในสำเนาเอกสารทุกแผ่น**

ที่อยู่ติดต่อ

โรงเรียนฝึกพนักงานโรงพยาบาลกล้วยน้ำไท

3939 ซอยโรงพยาบาล 2 ถนนพระราม 4 แขวงคลองตัน เขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110

โทรศัพท์ 02-769-2000 ต่อ 1077 - 1079 มือถือ 098 - 9830414