

ชื่อสถานประกอบการ.....

ชื่อหลักสูตร.....

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
เรื่อง ประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2555

1. วัตถุประสงค์ :

เพื่อให้ผู้รับการฝึกงานมีความรู้ ทักษะ และมีความพร้อมทั้งร่างกาย จิตใจ ตลอดจนมีทัศนคติที่ดี
ต่อการประกอบอาชีพ.....และสามารถปฏิบัติงานได้ ดังนี้

1.1 เพื่อให้ผู้รับการฝึกอบรมมีความรู้ ความสามารถเกี่ยวกับ.....

1.2.....



2. ระยะเวลาการฝึก :

ผู้รับการฝึกงานมีระยะเวลาฝึกงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่น้อยกว่า 600 ชั่วโมง จะได้รับการ
ฝึกในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เป็นเวลา.....ชั่วโมง

3. คุณสมบัติของผู้รับการฝึก :

3.1 เป็นคนพิการที่มีบัตรประจำตัวคนพิการตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์

3.2 มีสัญชาติไทย

3.3 มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

3.4 ผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมายซึ่งเป็นบุคคลที่มีชื่อปรากฏในบัตรคนพิการ

4. วุฒิบัตร/ประกาศนียบัตร : โปรดระบุ.....(ให้แนบตัวอย่างมาประกอบด้วย)

ชื่อเต็ม :

5.หลักสูตรการฝึก / โครงสร้างหลักสูตร แบ่งการฝึกออกเป็น 3 หมวด โดยจำแนกรายละเอียดได้ ดังนี้

5.1 หมวดความรู้ความสามารถพื้นฐาน ชั่วโมง

5.2 หมวดความสามารถหลัก ชั่วโมง

5.3 หมวดความสามารถเสริม ชั่วโมง

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาความรู้เกี่ยวกับ.....

.....

ฝึกปฏิบัติ.....

.....

3.หมวดความสามารถเสริม

หัวข้อการฝึกงาน

ลำดับที่ 3

หัวข้อวิชา...(ฝึกงาน).....

(..... :)

วัตถุประสงค์รายวิชา

เพื่อให้ผู้รับการฝึกมีความรู้เกี่ยวกับ.....

.....

คำอธิบายรายวิชา

ศึกษาความรู้เกี่ยวกับ.....

.....

ฝึกปฏิบัติ.....

.....

ฯลฯ

ผู้วิเคราะห์และยกร่างหลักสูตร

1. ชื่อ-สกุล.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 จากหน่วยงาน.....โทร.....

2. ชื่อ-สกุล.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 จากหน่วยงาน.....โทร.....

ผู้อนุมัติหลักสูตร (สถานประกอบการ)

ชื่อ-สกุล.....
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ 1. การรับรองหลักสูตรที่ส่งมายังกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ต้องยื่นก่อนการวันที่ 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

2. โปรดระบุชื่อผู้ประสานงาน.....
 โทรศัพท์..... โทรสาร..... มือถือ.....

น3. สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.dsd.go.th/oitt เมนูหลักสูตรคนพิการ

คำขอความเห็นชอบหลักสูตรฝึกงานให้แก่คนพิการตามมาตรา 35 แห่งพ.ร.บ.ส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550
ที่.....
วันที่.....

เรียน อธิบดีกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน/ผู้ว่าราชการจังหวัด....

1. ข้าพเจ้า(บริษัท/ห้างหุ้นส่วน....).....

เลขที่บัญชีผู้ประกอบการ □□ □□□□□□□ □

เลขที่..... หมู่ที่..... ซอย.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

ประกอบกิจการประเภท.....

ปัจจุบันมีพนักงานทั้งสิ้น.....คน แบ่งเป็นชาย.....คน หญิง.....คน

สัดส่วนรับคนพิการเข้าทำงาน.....คน หากไม่รับคนพิการเข้าทำงานตามมาตรา 33 จะต้องส่งเงิน

เข้ากองทุนฯ จำนวน.....บาท

มีความประสงค์จะขอความเห็นชอบหลักสูตรการฝึกงานให้แก่คนพิการตามมาตรา 35 แห่งพ.ร.บ.ส่งเสริม

และพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 ระยะเวลาการฝึกงานไม่น้อยกว่า 6 เดือน และไม่น้อยกว่า 600 ชั่วโมง

ประเภทความพิการ (โปรดระบุ) ระหว่างวันที่.....

1. หลักสูตร..... เอกสารแนบท้าย

จำนวนผู้เข้าอบรม.....คน โดยเป็นชาย.....คน หญิง.....คน

ชื่อสถานที่ฝึกงาน.....

ที่อยู่.....

ประเภทความพิการ (โปรดระบุ) ระหว่างวันที่.....

2. หลักสูตร..... เอกสารแนบท้าย

จำนวนผู้เข้าอบรม.....คน โดยเป็นชาย.....คน หญิง.....คน

ชื่อสถานที่ฝึกงาน.....

ที่อยู่.....

ประเภทความพิการ (โปรดระบุ) ระหว่างวันที่.....

3. หลักสูตร..... เอกสารแนบท้าย

จำนวนผู้เข้าอบรม.....คน โดยเป็นชาย.....คน หญิง.....คน

ชื่อสถานที่ฝึกงาน.....

ที่อยู่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นและเอกสารต่าง ๆ ถูกต้องและเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ(ผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนาจ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ 1. การรับรองหลักสูตรที่ส่งมายังกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน ต้องยื่นก่อนการวันที่ 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

2. ชื่อผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

โทรสาร..... มือถือ.....

3. สามารถดาวน์โหลดเอกสารได้ที่ www.dsd.go.th/oitt เมนูหลักสูตรคนพิการ