

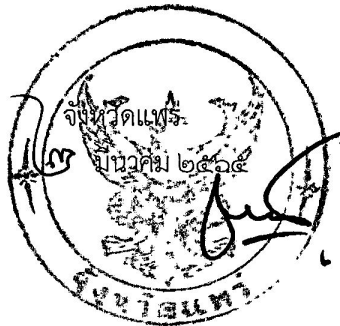


ที่ พร ๐๐๒๓.๒/ว ๑๗๗

ถึง สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นอำเภอ ทุกอำเภอ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนจังหวัดแพร่  
และสำนักงานเทศบาลเมืองแพร่

ด้วยจังหวัดได้รับแจ้งจากสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากร  
ทางการศึกษาจังหวัดแพร่ว่า ได้กำหนดให้มีโครงการส่งเสริมสวัสดิภาพให้แก่ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา  
และผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษาเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตและความปลอดภัย ภายใต้กิจกรรม “ครูจิตอาสา  
ดูแลครูและบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้” รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

เพื่อให้การดำเนินการดังกล่าวเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
แจ้งครูและบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในสังกัดทราบ และหากมีความประสงค์  
จะเข้าร่วมกิจกรรมให้แจ้งรายชื่อ (ตามแบบ) ไปยังสำนักงานส่งเสริมสวัสดิการและสวัสดิภาพครูและบุคลากร  
ทางการศึกษาจังหวัดแพร่ ภายในวันที่ ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๕ สำหรับอำเภอขอความร่วมมือแจ้งองค์กรปกครอง  
ส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ด้วย



สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด  
กลุ่มงานมาตรฐานการบริหารงานบุคคลส่วนท้องถิ่น  
โทร.๐-๕๔๕๓-๔๑๑๙ ต่อ ๒๐๑  
ผู้ประสานงาน นายกิตตินันท์ แพงคุณ  
D:\๒๕๖๕\๒๓ (๓)



แบบเสนอรายชื่อครูและบุคลากรทางการศึกษา

เพื่อเข้าร่วม กิจกรรม : ครูจิตอาสาดูแลครูและบุคลากรทางการศึกษาที่ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

สำนักงาน สกสค. จังหวัดแพร่

\*\*\*\*\*

1. ชื่อ - สกุล.....อายุ.....ปี.....เดือน
2. เป็น ( ) ครู ( ) บุคลากรทางการศึกษา ( ) ข้าราชการบำนาญ
3. เป็น ( ) สมาชิก ข.พ.ค. - ( ) สมาชิก ข.พ.ส. ( ) ไม่ได้เป็นสมาชิก ข.พ.ค. / สมาชิก ข.พ.ส.
4. สังกัดโรงเรียน/หน่วยงาน.....  
อำเภอ.....จังหวัดแพร่
5. ที่อยู่ปัจจุบัน / สามารถติดต่อได้  
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....  
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....
6. คุณสมบัติที่จะเข้าร่วมกิจกรรมฯ  
( ) ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และมีผู้ดูแล  
( ) ป่วยและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และไม่มีผู้ดูแล  
( ) ป่วยและช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน  
( ) ครูและบุคลากรทางการศึกษา สมาชิก ข.พ.ค. สมาชิก ข.พ.ส. ที่มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป
7. โรคที่ป่วย อาการป่วย.....  
.....
8. ระยะเวลาที่ป่วย.....ปี .....เดือน .....วัน
9. ความสามารถในการดูแลตนเอง  
( ) ดูแลตัวเองได้ ( ) ดูแลตัวเองได้บางส่วน ( ) ดูแลตัวเองไม่ได้ ( ) ไม่รู้สึกตัว  
( ) บ่อยติดเตียง ( ) อื่น ๆ .....
10. สถานะ ( ) ไม่มีผู้ดูแล  
( ) มีผู้ดูแล ชื่อผู้ดูแล.....เกี่ยวข้องเป็น.....  
หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ.....

(ลงชื่อ).....ผู้ป่วย / ผู้ดูแล  
(.....)

หมายเหตุ โปรดนำส่งแบบเสนอรายชื่อฯ ไปยังสำนักงาน สกสค. จังหวัดแพร่ ภายในวันที่ 31 มีนาคม 2565