



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๕๖/๗๗๕

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต  
ถนนดำรง ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๑

เรื่อง การสำรวจและยืนยันความพร้อมการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒

เรียน ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือสำนักงาน กศน. ด่วนมาก ที่ ศธ ๐๒๑๐.๑๒๑/๖๐๕๒  
ลงวันที่ ๑๒ ตุลาคม ๒๕๖๑

ด้วยสำนักงาน กศน.ได้รับแจ้งกรอบวงเงินการจัดสรรเงินงบประมาณโครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ จากสำนักงานงบประมาณแล้ว มีรหัสงบประมาณเดียวกันทั้งโครงการ แต่จัดสรรงบประมาณให้ ๒ งวดๆ ละ งบประมาณร้อยละ ๕๐ ในไตรมาส ๑ (ตุลาคม ๒๕๖๑) และไตรมาส ๓ (เมษายน ๒๕๖๒) เพื่อให้การบูรณาการความร่วมมือการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นไปตามความต้องการของพื้นที่และสอดคล้องกับระยะเวลาการจัดจริง จึงขอให้สถานศึกษาสำรวจและยืนยันความพร้อมการจัดอบรมตามวิธีการในสิ่งที่ส่งมาด้วย และจัดส่งแบบสรุปยืนยันความพร้อมการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (แบบ CG62-1) ไปยังสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต ภายในวันที่ ๑๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๑

ทั้งนี้ เพื่อให้ความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย สำนักงาน กศน.และกรมอนามัย มีความเห็นร่วมกันแล้ว จึงกำหนดให้ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอ และสาธารณสุขอำเภอ ลงนามแบบสำรวจและยืนยันความพร้อมระดับอำเภอ (แบบ CG62-1)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศักดิ์ดา ประชุม)

รองผู้อำนวยการ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต

งานผู้สูงอายุ

โทร. ๐ ๗๖๒๒ ๑๘๐๑

โทรสาร ๐ ๗๖๒๒ ๓๓๐๘



**แบบสำรวจและยืนยันความพร้อมการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับอำเภอ/เขต**  
**ตามโครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข**  
**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**  
**ของ กศน. อำเภอ .....** **จังหวัด .....**

กศน. อำเภอ ..... และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ..... จังหวัด .....

ได้ประเมินความพร้อมการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามโครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562 ร่วมกันแล้ว พบว่า

[ ..... ] 1. **สนใจและมีความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร :- (หากเลือกข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อ 2)**

- 70 ชั่วโมง จำนวน .....** รุ่น พร้อมจัดใน  
 ไตรมาส 1-2 จำนวน ..... รุ่น  
 ไตรมาส 3-4 จำนวน ..... รุ่น  
 (งบประมาณ รุ่นละ 25,700 บาท)
- 420 ชั่วโมง จำนวน .....** รุ่น พร้อมจัดใน  
 ไตรมาส 1-2 จำนวน ..... รุ่น  
 ไตรมาส 3-4 จำนวน ..... รุ่น  
 (งบประมาณ รุ่นละ 141,000 บาท)

ระดับความพร้อม ให้ค่าน้ำหนัก 1-5 (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)

ข้อมูลความพร้อม	ค่าน้ำหนัก
1) กลุ่มเป้าหมาย	
2) กศน. อำเภอ/เขต	
3) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ/ เขต ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. .... โรงพยาบาล ..... วิทยาลัยพยาบาล ..... ศูนย์อนามัยที่ ..... จ. ....	
4) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น ในเรื่อง .....	
(คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ค่าน้ำหนักรวม	

ระดับความพร้อม ให้ค่าน้ำหนัก 1-5 (ตามเกณฑ์ที่กำหนด)

ข้อมูลความพร้อม	ค่าน้ำหนัก
1) กลุ่มเป้าหมาย	
2) กศน. อำเภอ/เขต	
3) หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุขระดับอำเภอ/ เขต ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. .... โรงพยาบาล ..... วิทยาลัยพยาบาล ..... ศูนย์อนามัยที่ ..... จ. ....	
4) การสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น ในเรื่อง .....	
(คะแนนเต็ม 20 คะแนน) ค่าน้ำหนักรวม	

[ ..... ] 2. **ไม่มีความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ** เนื่องจาก (เลือกได้หลายข้อ)

- ไม่มีกลุ่มเป้าหมาย
- ความไม่พร้อมของหน่วยงานของ สธ.
- ความไม่พร้อมของ กศน. อำเภอ/เขต
- ไม่มีการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำแบบสำรวจและยืนยัน

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง 1

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ กศน. อำเภอ/เขต .....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง 2

(.....)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอ .....  
หรือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล/วิทยาลัยพยาบาล (กรณีจัดใน กทม.)

### เกณฑ์การให้คะแนนค่าน้ำหนักระดับความพร้อม

ค่าน้ำหนักความพร้อมแต่ละรายการมีค่าน้ำหนักระหว่าง 1 - 5 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

#### 1. กลุ่มเป้าหมาย

- มีจำนวนตั้งแต่ 20 คน ขึ้นไป ได้ 5 คะแนน
- มีจำนวนระหว่าง 17-19 คน ได้ 4 คะแนน
- มีจำนวนระหว่าง 15-16 คน ได้ 3 คะแนน
- มีจำนวนระหว่าง 13-14 คน ได้ 2 คะแนน
- มีจำนวนระหว่าง 11-12 คน ได้ 1 คะแนน
- มีจำนวนระหว่าง 1 - 10 คน ได้ 0 คะแนน

#### 2. กศน. อำเภอ/เขต พิจารณาจากความรู้ ความเข้าใจในขั้นตอนการบูรณาการการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุของผู้อำนวยการ กศน. อำเภอ และผู้รับผิดชอบของ กศน. อำเภอ

- มีความรู้ ความเข้าใจ มากที่สุด ได้ 5 คะแนน
- มีความรู้ ความเข้าใจ มาก ได้ 4 คะแนน
- มีความรู้ ความเข้าใจ ปานกลาง ได้ 3 คะแนน
- มีความรู้ ความเข้าใจ น้อย ได้ 2 คะแนน
- มีความรู้ ความเข้าใจ น้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน
- ไม่มีความรู้ ความเข้าใจ ได้ 0 คะแนน

#### 3. หน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ให้สำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้ประเมินความพร้อมในเรื่อง

- 1) การรับรู้ของผู้บริหารและบุคลากรของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ
- 2) มีบุคลากรกระทรวงสาธารณสุขระดับจังหวัดและหรืออำเภอมาร่วมบริหารจัดการวิชาการ และเป็นวิทยากรตลอดการฝึกอบรม
- 3) มีการสนับสนุนครุภัณฑ์ประกอบการอบรมภาคทฤษฎีและการฝึกปฏิบัติ
  - พร้อมมากที่สุด ได้ 5 คะแนน
  - พร้อมมาก ได้ 4 คะแนน
  - พร้อมปานกลาง ได้ 3 คะแนน
  - พร้อมน้อย ได้ 2 คะแนน
  - พร้อมน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน
  - ไม่มีความพร้อม ได้ 0 คะแนน

#### 4. การสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พิจารณาความร่วมมือที่ได้รับ เช่น ช่วยหากกลุ่มเป้าหมาย สนับสนุนงบประมาณเป็นค่าอาหาร ให้ใช้สถานที่สำหรับการจัดอบรม จัดพาหนะรับส่งผู้เข้าอบรม เป็นต้น

- มีมากที่สุด ได้ 5 คะแนน
- มีมาก ได้ 4 คะแนน
- มีปานกลาง ได้ 3 คะแนน
- มีน้อย ได้ 2 คะแนน
- มีน้อยที่สุด ได้ 1 คะแนน
- ไม่มี ได้ 0 คะแนน

**แบบสรุปยืนยันความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด/กทม.**

ตามโครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2562

ของสำนักงาน กศน. จังหวัด .....

(จัดส่งพร้อมหนังสือสำนักงาน กศน. จังหวัด ที่ ศธ ...../..... ลงวันที่..... 2561)

สำนักงาน กศน. จังหวัด/กทม. .... และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ..... (กรณี สำนักงาน กศน. กทม. ไม่ต้องระบุชื่อ สสจ.)  
 ขอยืนยันความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตามโครงการความร่วมมือการผลิตผู้ดูแลผู้สูงอายุระหว่างกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี  
 งบประมาณ พ.ศ. 2562 ดังนี้

**[ ..... ] 1. มี กศน. อำเภอ/เขต ที่มีความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ แต่ละหลักสูตรในแต่ละไตรมาส ดังนี้**

ที่	ความพร้อมในการจัด	ไตรมาส 1-2 (ต.ค. 61 - มี.ค. 62)		ไตรมาส 3-4 (เม.ย. - ก.ย. 62)		รวมทั้งสิ้น		ค่าใช้จ่าย ในการจัดอบรม รุ่นละ/บาท
		จำนวน อำเภอ	จำนวน รุ่น	จำนวน อำเภอ	จำนวน รุ่น	จำนวน อำเภอ	จำนวน รุ่น	
1)	หลักสูตร 70 ชั่วโมง							25,700
2)	หลักสูตร 420 ชั่วโมง							141,000
	<b>รวมทั้งสิ้น</b>							

โดยมีรายชื่อ กศน. อำเภอ จำนวน ..... อำเภอ ที่ยืนยันความพร้อมในการจัดในแต่ละหลักสูตรตามเอกสารแนบท้าย จากจำนวนอำเภอทั้งหมดในจังหวัด ..... อำเภอ

**[ ..... ] 2. ไม่มีความพร้อมในการจัดอบรม จำนวน ..... อำเภอ ให้ระบุเรื่องที่ไม่มีความพร้อม**

- 1) กลุ่มเป้าหมาย จำนวน .... อำเภอ/เขต
- 2) กศน. อำเภอ จำนวน .... อำเภอ/เขต
- 3) หน่วยงานของ สส. จำนวน .... อำเภอ/เขต
- 4) ไม่มีการสนับสนุนจากองค์กรปกครองท้องถิ่น จำนวน .... อำเภอ/เขต

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำแบบสรุปยืนยัน  
 (.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง 1

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการ สำนักงาน กศน. จังหวัด .....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง 2

(.....)

ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด .....

หมายเหตุ กรณี สำนักงาน กศน. กทม. ไม่ต้องมีผู้รับรอง 2

