



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๕๖/๑๖๐

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต  
ถนนดำรง ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๑๑ มกราคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเชิญอบรมหลักสูตรจิตอาสาสำนักงาน กศน.

เรียน ผู้อำนวยการ กศน. อำเภอเมืองภูเก็ต / อำเภอถลาง

สิ่งที่ส่งมาด้วย กำหนดการและรายละเอียดการเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรจิตอาสา จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สถาบัน กศน.ภาคใต้ ได้มีการจัดอบรมหลักสูตรจิตอาสาสำนักงาน กศน. เพื่อสนับสนุนให้ ครู บุคลากร เจ้าหน้าที่และผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจ มีจิตสาธารณะที่พร้อมอาสาสมัครในการบำเพ็ญประโยชน์ต่อส่วนรวม ในวันที่ ๑๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม ๑ สถาบัน กศน. ภาคใต้ ตำบลรูปเขาช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

สำนักงาน กศน. จังหวัดภูเก็ต ขอให้บุคลากรในสังกัดของท่านเข้าร่วมโครงการอบรมหลักสูตรจิตอาสา ในวันที่ ๑๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕ ณ ห้องประชุม ๑ สถาบัน กศน. ภาคใต้ ตำบลรูปเขาช้าง อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ดังนี้

๑. นางสาวประภัสสร ใจดี ครู ศรช. กศน.อำเภอถลาง
๒. นางสาวธีรจุฑา สังข์สกุล ครู ศรช. กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต

โดยโครงการได้เตรียมอาหารกลางวัน อาหารว่างและเครื่องดื่ม สำหรับผู้เข้ารับการอบรม ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆ ขอความอนุเคราะห์เบิกจากต้นสังกัด

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นางคณินิจ เกตุแก้ว)  
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต

งานกิจกรรมพิเศษ

โทร. ๐ ๗๖๒๒ ๑๘๐๑

โทรสาร ๐ ๗๖๒๒ ๓๓๐๘

## กำหนดการ

โครงการอบรมหลักสูตรจิตอาสาของสำนักงาน กศน. ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕

วันที่ ๑๕ - ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕

ณ สถาบันกศน.ภาคใต้ อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

วันที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๖๕ (ชุดกากี แขนยาว)

- ๐๘.๐๐ - ๐๘.๓๐ น. รายงานตัวลงทะเบียน
- ๐๘.๓๐ - ๑๐.๐๐ น. เตรียมความพร้อมถ่ายทอดสดพิธีเปิดการอบรมหลักสูตรจิตอาสา
- ๑๐.๐๐ - ๑๑.๐๐ น. พิธีเปิดการอบรมหลักสูตรจิตอาสา (ถ่ายทอดสด+Facebook Live)
- ๑๑.๐๐ - ๑๒.๐๐ น. เรื่อง แนวทางการดำเนินกิจกรรมและหลักการปฏิบัติจิตอาสา โดยคณะวิทยากรจิตอาสา ๙๐๔
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๕.๐๐ น. เรื่อง ประวัติศาสตร์ชาติไทยและบุญคุณของพระมหากษัตริย์ไทย โดยคณะวิทยากรจิตอาสา ๙๐๔
- ๑๕.๐๐ - ๑๗.๐๐ น. เรื่อง ประวัติศาสตร์ชาติไทยในภูมิภาค โดยคณะวิทยากรจิตอาสา ๙๐๔

วันที่ ๑๖ มกราคม ๒๕๖๕ (ชุดจิตอาสา(เสื้อเหลือง กางเกงสแลคสีดำ ผ้าพันคอสีเหลือง พร้อมหมวกสีฟ้า))

- ๐๘.๓๐ - ๑๐.๓๐ น. เรื่อง การสร้างความตระหนักในการร่วมกันปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์และสถาบันสำคัญของชาติ และพิธีปฏิญาณตน ปกป้องและเชิดชูสถาบันพระมหากษัตริย์ โดย นายวุฒิชัย เพชรสุวรรณ
- ๑๐.๓๐ - ๑๒.๐๐ น. เรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) โดย คณะวิทยากรมูลนิธิมิตรภาพสามัคคี
- ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น. พักรับประทานอาหารกลางวัน
- ๑๓.๐๐ - ๑๔.๓๐ น. เรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (CPR) (ต่อ) คณะวิทยากรมูลนิธิมิตรภาพสามัคคี
- ๑๔.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. เรื่อง จิตอาสาพัฒนา การบำเพ็ญต่อส่วนร่วม คณะวิทยากรมูลนิธิมิตรภาพสามัคคี

หมายเหตุ :

กำหนดการอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม

อาหารว่างและเครื่องดื่ม รับประทานด้านนอกห้องประชุม

- เช้า ๑๐.๓๐ - ๑๐.๔๕ น.

- บ่าย ๑๔.๓๐ - ๑๔.๔๕ น.

อาหารกลางวันเป็นแบบแยกแต่ละบุคคล

เวลา ๑๒.๐๐ - ๑๓.๐๐ น.

ดำเนินการประชุมตามมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ๒๐๑๙ กรูณาตรวจ ATK และส่งผลการตรวจ ไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง ผ่านระบบ QR - Code ด้านล่างนี้ ตลอดระยะเวลาการประชุมฯ กรูณา รักษาระยะห่าง และสวมใส่หน้ากากอนามัยตลอดการประชุม

## รายละเอียดการเตรียมความพร้อมในการเดินทางเข้ารับการอบรม

๑. ทำการตรวจการติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ด้วย Antigen Test Kit (ATK) หรือ RT-PCRล่วงหน้า ก่อนการเดินทางเข้าร่วมประชุมไม่เกิน ๗๒ ชั่วโมง (เริ่มตรวจได้ตั้งแต่วันที่ ๑๒ มกราคม ๒๕๖๔)

๑.๑ กรณีตรวจด้วยตนเองจากชุด Antigen Test Kit ATK ให้จัดรายละเอียดตามแบบแสดงผลตรวจการติดเชื้อไวรัส COVID-๑๙ ด้วยตนเอง พร้อมทั้งลงลายมือชื่อรับรองผลการตรวจ และลายมือพยาน

๑.๒ กรณีตรวจจากสถานพยาบาล ด้วยชุด Antigen Test (ATK) หรือ วิธีการ RT-PCR ให้ขอรับใบยืนยัน/รับรองผลการตรวจจากสถานศึกษา

๒. สำเนาเอกสารรับรองการได้รับวัคซีนโควิด-๑๙ ที่สถานพยาบาลออกให้ หรือ ใบรับรองแบบดิจิทัล(Digital Health Pass หรือ Vaccine Covid-๑๙ Certificate) จากแอปพลิเคชัน“หมอพร้อม”หรือ Line@“หมอพร้อม”(วัคซีนแอสตราเซนเนกา หรือวัคซีน mRNA อย่างน้อย ๑ เข็ม)และวัคซีนอื่นๆ ครบโดสตามจำนวนของวัคซีนแต่ละชนิด)

๓. ลงทะเบียนตอบรับการเข้าร่วมประชุมทางเว็บไซต์ ภายในวันที่ ๑๑ มกราคม ๒๕๖๕

๔. ติดต่อสอบถามเพิ่มเติม นายสุรเชษฐ์ สุนทรากกร รองผู้อำนวยการ สถาบัน กคน.ภาคใต้ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๑-๕๕๐๙๑๙๗

แบบแสดงผลตรวจการติดเชื้อโควิด-19 ด้วยตนเอง ( Antigen Test Kit : ATK )

-บัตรประชาชน -



- แถบแสดงผลตรวจ ATK -



- ช่องชุดตรวจที่ ระบุ LOT และวันหมดอายุ-



วันที่ตรวจ : วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .... เวลา.....

\*ให้ทำการตรวจภายใน 72 ชั่วโมงก่อนวันอบรม

ขอรับรองว่าผลตรวจดังกล่าวเป็นจริง

-ลงลายมือชื่อ-

(.....ชื่อ - สกุล.....)

ตำแหน่ง.....

-ลงลายมือชื่อ-

(.....ชื่อ - สกุล.....)

พยาน