



โรงพยาบาลชยันตเรนทร
เลขรับ.....
วันที่.....-3 ม.ค. 2567.....

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.....
จังหวัดชยันต ถนนพรหมประเสริฐ ชน ๑๗๐๐๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๖

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้การใช้งานระบบบริการศูนย์บริการ
คนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One stop service for Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชยันตเรนทร

อ้างถึง หนังสือโรงพยาบาลชยันตเรนทร ที่ ชน ๐๐๓๓.๒๐๒/๕๒๔๐ ลงวันที่ ๑ ธันวาคม ๒๕๖๖

- | | | |
|------------------|--|--------------|
| สิ่งที่ส่งมาด้วย | ๑. รายละเอียดค่าใช้จ่ายที่ได้รับการอนุมัติ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๒. สัญญารับเงินสนับสนุนฯ และหลักฐานประกอบการทำสัญญาฯ | จำนวน ๑ ชุด |
| | ๓. รูปแบบป้ายประชาสัมพันธ์ของกองทุน | จำนวน ๑ ฉบับ |
| | ๔. แบบรายงานผลการปฏิบัติงานและแบบสรุปโครงการ | จำนวน ๑ ชุด |

ตามหนังสือที่อ้างถึงโรงพยาบาลชยันตเรนทร ได้เสนอโครงการพัฒนาระบบบริการศูนย์บริการ
คนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One stop service for Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ เพื่อ
ขอรับงบประมาณในการดำเนินโครงการฯ เป็นเงินจำนวน ๗๕,๐๔๖บาท (เจ็ดหมื่นห้าพันสี่สิบบาทถ้วน) นั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชยันต ขอแจ้งผลการพิจารณา
ของคณะอนุกรรมการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการประจำจังหวัดชยันต ครั้งที่ ๗/๒๕๖๖
เมื่อวันที่ ๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๖ โดยคณะอนุกรรมการฯ ได้อนุมัติโครงการพัฒนาระบบบริการศูนย์บริการ
คนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One stop service for Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗
ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการฯ ขอเปลี่ยนแปลงชื่อโครงการเป็น “โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้
การใช้งานระบบบริการศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One stop service for
Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗” เอกสารตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

ทั้งนี้ ขอให้ท่านหรือผู้มีอำนาจทำการแทน ลงนามในสัญญารับเงินสนับสนุนฯ พร้อมแนบ
เอกสารหลักฐานประกอบการทำสัญญารับเงินสนับสนุนฯ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒) ส่งให้สำนักงานพัฒนาสังคมและ
ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชยันต ภายใน ๓๐ วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับหนังสือฉบับนี้ ทั้งนี้ สำนักงานพัฒนาสังคมฯ
จะดำเนินการส่งจ่ายเช็คเงินสดธนาคารกรุงไทย สาขาชยันต และขอให้ท่านออกใบเสร็จรับเงินให้แก่สำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชยันต โดยระบุในใบเสร็จรับเงินความว่า “เพื่อดำเนินโครงการอบรม
เชิงปฏิบัติการส่งเสริมความรู้การใช้งานระบบบริการศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One
stop service for Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗” ทั้งนี้ ที่ได้รับเงินสนับสนุนและเมื่อได้รับเงิน
สนับสนุนแล้ว โปรดประชาสัมพันธ์การสนับสนุนของกองทุนฯ บนป้ายโครงการและสื่อประชาสัมพันธ์ทุกประเภท
(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๓) เมื่อดำเนินโครงการแล้วเสร็จ โปรดส่งรายงานผลการปฏิบัติงานพร้อมเอกสารหลักฐานการใช้จ่ายเงิน
และคืนเงินคงเหลือ (ถ้ามี) ภายใน ๓๐ วันนับตั้งแต่วันที่ดำเนินงานโครงการฯแล้วเสร็จ (สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชยันตเรนทร จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอ-ดำเนินการ

- เก็บไปรษณียบัตร
- เห็นควรแจ้ง

ขอแสดงความนับถือ

() รอง ผอ.ค.ผ.ย.....

(นางสาวตรุณี มั่นวานิช)

() หัวหน้ากลุ่มงาน.....

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัดชยันต

โทร/โทรสาร. ๐ ๕๖๔๑ ๐๘๔

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดชยันต 4 ม.ค. 2567

โครงการพัฒนาระบบบริการศูนย์บริการคนพิการแบบเบ็ดเสร็จในโรงพยาบาล (One stop service for Person with disabilities) ปีงบประมาณ ๒๕๖๗

วัตถุประสงค์	กลุ่มเป้าหมาย	ระยะเวลา/สถานที่ ดำเนินการ	รายการค่าใช้จ่ายที่เสนอขอ	จำนวนเงิน (บาท)	หมายเหตุ
<p>๑. เพื่อพัฒนาและประสานงานและส่งต่อเครือข่ายในการดูแลคนพิการในชุมชนได้อย่างยั่งยืน</p> <p>๒. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้คนพิการสามารถการเข้าถึงบริการทางการแพทย์</p> <p>๓. เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนพิการ ให้เข้าถึงบริการภาครัฐและเข้าถึงสวัสดิการสังคมต่างๆ ตามที่กฎหมายกำหนด</p>	<p>๑. เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น</p> <p>๒. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน</p> <p>๓. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดชัยนาท</p> <p>๔. เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท</p> <p>๕. เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร</p> <p>๖. เจ้าหน้าที่สงเคราะห์สังคมฯ รวมจำนวน ๑๕๐ คน</p>	<p>อบรมและฝึกปฏิบัติ จำนวน ๑ วัน ระหว่างเดือน มกราคม - กันยายน ๒๕๖๗</p> <p>ณ ห้องประชุมบุษราคัม โรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร ตำบลบ้านกล้วย อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท</p>	๑. ค่าอาหารกลางวัน (ผู้เข้ารับการฝึกอบรม+วิทยากร,เจ้าหน้าที่) จำนวน ๑๕๖ คน ๆ ละ ๑ มื้อ ๆ ละ ๑๒๐ บาท	๑๘,๗๒๐	<p>ประกาศ คณะอนุกรรมการบริหารกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เรื่อง กำหนดอัตราเงินและรายการค่าใช้จ่ายที่กองทุนให้การสนับสนุนแผนงานฯ พ.ศ. ๒๕๖๐</p>
			๒. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (ผู้เข้ารับการฝึกอบรม+วิทยากร,เจ้าหน้าที่) จำนวน ๑๕๖ คนๆ ละ ๒ มื้อ ๆ ละ ๓๕ บาท	๑๐,๙๒๐	
			๓. ค่าตอบแทนวิทยากร		
			-บรรยาย ๑ คนๆละ ๑ ชม.ๆละ ๖๐๐ บาท	๖๐๐	
			-อภิปราย ๒ คนๆละ ๒ ชม.ๆละ ๖๐๐ บาท	๒,๔๐๐	
			-กลุ่มฝึกภาคปฏิบัติ ๖ คนๆละ ๓ ชม.ๆละ ๖๐๐ บาท	๑๐,๘๐๐	
			๔. ค่าที่พักวิทยากร		
-พัสดุ จำนวน ๒ คนๆละ ๑ คืนๆละ ๗๕๐ บาท	๑,๕๐๐				
-พักเดี่ยว จำนวน ๑ คน ๆละ ๑ คืน ๆ ละ ๑,๒๐๐ บาท	๑,๒๐๐				
๕. ค่าพาหนะเดินทางวิทยากร (รพ.นางรอง)					
- ๓๓๒ กม.ๆละ ๔ บาท x ๒ เที่ยว(ไป - กลับ)	๒,๖๕๖				
๖. ค่าวัสดุอุปกรณ์ ๑๕๐ ชุด ๆ ละ ๗๕ บาท (ตามรายละเอียดแนบท้าย)	๑๑,๒๕๐				
๗.ค่าจัดทำเอกสารประกอบการอบรม ๑๕๐ ชุดๆ ละ ๑๐๐ บาท	๑๕,๐๐๐				
รวม (เจ็ดหมื่นห้าพันสี่สิบหกบาทถ้วน)				๗๕,๐๕๖	

ทั้งนี้ สามารถจ่ายทุกรายการ และในกรณีมีเงินเหลือคืนจะดำเนินการโอนคืนให้กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ เมื่อสิ้นปีงบประมาณ ๒๕๖๗