



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๗๓/ว ๕๖๖

สำนักงาน กศน.จังหวัดสตูล  
หมู่ที่ ๖ ตำบลคลองขุด อำเภอเมือง  
จังหวัดสตูล ๙๑๐๐๐

๒๒ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง หลักการจัดสรรเงินงบประมาณและการยืนยันความพร้อมในการจัดทำโครงการจัดหลักสูตรการดูแล  
ผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๐

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยอำเภอ

อ่างถึง หนังสือสำนักงาน กศน.จังหวัดสตูล ที่ ศธ ๐๒๑๐.๗๓/ว๕๖๕ ลงวันที่ ๔ พฤศจิกายน ๒๕๕๙

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบยืนยันความพร้อมในการจัดทำโครงการจัดหลักสูตรฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง สำนักงาน กศน.จังหวัดสตูล แจ้งให้ท่านดำเนินการสำรวจความพร้อม  
ของ กศน.อำเภอในการจัดทำโครงการจัดหลักสูตรดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงศึกษาธิการ ปีงบประมาณ  
พ.ศ. ๒๕๖๐ เพื่อจัดสรรงบประมาณให้ตรงกับความพร้อมและความต้องการของ กศน.อำเภอ ความละเอียด  
ทราบแล้วนั้น

สำนักงาน กศน.จังหวัดสตูล ขอให้ท่านแจ้งยืนยันความพร้อมในการจัดทำโครงการหลักสูตร  
การดูแลผู้สูงอายุ ตามแบบยืนยันความพร้อม และส่งเอกสารการยืนยันความพร้อมมายังสำนักงาน กศน.  
จังหวัดสตูล ภายในวันที่ ๓๐ ธันวาคม ๒๕๕๙ ทั้งนี้ การยืนยันความพร้อมครั้งนี้ทุกกรณีเมื่อแจ้งยืนยันแล้วไม่  
สามารถเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ในปีงบประมาณ พ.ศ ๒๕๖๐

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

( นายเรวัฒน์ เพ็ชรสงฆ์ )

ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดสตูล

กลุ่มส่งเสริมการศึกษานอกระบบ

โทร ๐ ๗๔๗๑ ๑๔๔๙ โทรสาร ๐ ๗๔๗๒ ๑๔๑๓

E-mail satunonie@hotmail.com

**แบบยืนยันความพร้อมในการจัดทำ**  
**โครงการจัดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2560**

ของ กศน.อำเภอ.....จังหวัด.....

กศน.อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้ประเมินความพร้อมในการจัดทำโครงการจัดหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุกระทรวงศึกษาธิการ ประจำปีงบประมาณ 2560 แล้ว พบว่า (ให้เลือกตอบข้อใดข้อหนึ่งเท่านั้น)

[.....] 1. ไม่มีความพร้อมในการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในปี งบประมาณ 2560 (หากเลือกข้อนี้ไม่ต้องตอบข้อ 2)

[.....] 2. มีความพร้อมในการจัดอบรม

2.1 หลักสูตร 70 ชั่วโมง ใน  ไตรมาส 2  ไตรมาส 3

2.2 หลักสูตร 420 ชั่วโมง ใน  ไตรมาส 2  ไตรมาส 3

(ให้เลือกหลักสูตรใดหลักสูตรหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากในภาพรวมมี กศน.อำเภอที่มีความพร้อม

มากกว่าวงเงินงบประมาณที่ได้รับทั้งโครงการ) โดยมีระดับความพร้อมในการรายการต่างๆ ตามตาราง

รายการ	ระดับความพร้อม				
	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	น้อยที่สุด (1)
1) กลุ่มเป้าหมาย					
2) ผู้บริหาร กศน.อำเภอ					
3) ผู้รับผิดชอบโครงการของ กศน.อำเภอ					
4) ความร่วมมือจากกระทรวงสาธารณสุข					
5) ความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น					
<b>รวม</b>					
<b>รวมระดับความพร้อม</b>					

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....

โทร. ....

ผู้ยืนยันความพร้อม

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอ.....

ผู้รับรอง

หมายเหตุ : กรุณาระบุความพร้อมในส่วนนี้ด้วย

- มีความพร้อมเท่ากับวงเงินที่ได้รับ
- มีความพร้อมมากกว่าวงเงินที่ได้รับ  70 ชั่วโมง  420 ชั่วโมง
- มีความพร้อมบางส่วน
- ไม่สามารถดำเนินการได้