

[Handwritten signature]

เรียน อธิการบดี

เพื่อโปรดพิจารณามอบงานบริหารฯ ประชาสัมพันธ์
บุคลากรในสังกัดมหาวิทยาลัย

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'อ.ม.ป.' (A.M.P.), written in a cursive style.

๖ พ.ย. ๖๗

บัญชีรายชื่อแนบท้าย
หนังสือสำนักงาน สกสศ.จังหวัดสงขลา
ที่ ศธ ๕๒๑๐๕๗/ว.๑๐๓๓ ลงวันที่ ๓๐ ตุลาคม ๒๕๖๗

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๑
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๒
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสงขลา เขต ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่ศึกษามัธยมศึกษาสงขลา สตูล
ผู้อำนวยการสำนักงานศึกษาธิการจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการสำนักงานการศึกษาเอกชนจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการสำนักงานส่งเสริมการเรียนรู้ประจำจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยภาคใต้ จังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการสถาบันการอาชีวศึกษา ภาคใต้ ๓
ผู้อำนวยการสำนักงานอาชีวศึกษาจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการวิทยาลัยชุมชนสงขลา
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพุทธศาสนานานาชาติ
ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา
ผู้อำนวยการการศึกษาเทศบาลนครสงขลา
ผู้อำนวยการการศึกษาเทศบาลนครหาดใหญ่
ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
ผู้อำนวยการโรงเรียนสงขลาพัฒนาปัญญา
ผู้อำนวยการโรงเรียนโสตศึกษาจังหวัดสงขลา
ผู้อำนวยการโรงเรียนราชประชานุเคราะห์ ๔๓ จังหวัดสงขลา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตหาดใหญ่
อธิการบดีมหาวิทยาลัยทักษิณสงขลา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย
อธิการบดีมหาวิทยาลัยหาดใหญ่
อธิการบดีมหาวิทยาลัยมกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตศรีธรรมมาโคกราช ศูนย์ประสานงานสงขลา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย สำนักงานหน่วยวิทยบริการ จังหวัดสงขลา
อธิการบดีมหาวิทยาลัยรามคำแหง สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติ
ท้องถิ่นจังหวัดสงขลา
ประธานศูนย์ดูแลครูและบุคลากรทางการศึกษาผู้สูงอายุจังหวัดสงขลา



สำนักงาน สกสค.จังหวัดสงขลา

แบบสำรวจข้อมูลครูและบุคลากรทางการศึกษา
เพื่อใช้ประกอบการจัดสรรงบประมาณ (กิจกรรมครูช่วยครู) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

เลขที่สมาชิก ข.พ.ค.....

ข้อมูล (ผู้ปวยที่เข้าร่วมโครงการฯ)

๑. ชื่อ-สกุล นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี

เลขบัตรประชาชน

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์มือถือ.....

๒. เป็น ☐ ผู้ประกอบวิชาชีพทางการศึกษา หรือ ☐ ผู้ปฏิบัติงานด้านการศึกษา และเป็น

☐ ผู้ป่วยติดเตียง

☐ ผู้พิการประเภทที่

☐ ๑. ความพิการทางการเห็น : ตาบอด/ตาเห็นเลือนราง

☐ ๒. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย : หูหนวก/หูตึง

☐ ๓. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย : มือ เท้า แขน ขา ขาด อัมพาต อ่อนแรง

☐ ๔. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม : ความผิดปกติทางจิตใจ สมอ่ง

☐ ๕. ความพิการทางสติปัญญา : พัฒนาการช้า/เขาว์ปัญญาต่ำกว่าบุคคลทั่วไป

☐ ๖. ความพิการทางการเรียนรู้ : เป็นผลมาจากความบกพร่องทางสมอง

☐ ๗. ความพิการทางออทิสติก

หมายเหตุ การคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการฯ

๑. กรณี (ผู้ป่วยติดเตียง)

๑.๑. ต้องเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ

๑.๒. เป็นสมาชิก ข.พ.ค. ที่เป็นผู้ป่วยติดเตียงที่เคยได้รับการช่วยเหลือในปี ๒๕๖๔ ถึงปี พ.ศ.๒๕๖๖

๑.๓. ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐว่าเป็นผู้ป่วยติดเตียง

๒. กรณี (ผู้พิการประเภท ๑-๗)

๑.๑. ต้องเป็นสมาชิก ข.พ.ค. ซึ่งเป็นผู้พิการประเภท ๑-๗ ที่ยังไม่เคยได้รับการช่วยเหลือ

๑.๒. ต้องมีเอกสารรับรองจากหน่วยงานของรัฐเป็นผู้พิการประเภท ๑-๗