



ที่ ศธ ๐๒๑๐.๕๖/๑๐๗๕

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต
ถนนดำรง ภูเก็ต ๘๓๐๐๐

๒ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลนักเรียน นิสิต นักศึกษาพิการ ปีการศึกษา ๒๕๕๙

เรียน ผู้อำนวยการ กศน. อำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือ สำนักงาน กศน. ที่ ศธ ๐๒๑๐.๑๒๑ / ๖๕๓๓ ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๙
จำนวน ๑ ชุด

ด้วย สำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ขอความอนุเคราะห์ข้อมูลนักเรียน นิสิต นักศึกษาพิการ เพื่อรวบรวมข้อมูลให้คณะกรรมการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปการศึกษาสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสเพื่อยกระดับการพัฒนาตนเองและการดำรงชีวิตในสังคม โดยเน้นการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

ในการนี้ สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต ขอให้สถานศึกษา กรอกข้อมูลผู้เรียนคนพิการ ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคเรียน ๒/๒๕๕๙ โดยส่งถึง สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต ภายในวันที่ ๑๔ ธันวาคม ๒๕๕๙ รายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(น.ส.ลลิตทิพย์ ศุภพฤกษ์)

ผู้อำนวยการ กศน.อำเภอเมืองภูเก็ต รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต

งานกลุ่มเป้าหมายพิเศษ

โทร. ๐ ๗๖๒๒ ๑๘๐๑

โทรสาร ๐ ๗๖๒๒ ๓๓๐๘

สำนักงาน กศน.จังหวัดภูเก็ต
เลขทะเบียนรับ 3023
วันที่ 30.50.1459
เวลา



ที่ ศธ 0210.121/ 6533

สำนักงาน กศน.
สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ
กทม.10300

25 พฤศจิกายน 2559

เรื่อง ขอบความอนุเคราะห์ข้อมูลนักเรียน นิสิต นักศึกษาพิการ ปีการศึกษา 2559

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงาน กศน. จังหวัด/กทม.

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบรายงานข้อมูลนักเรียน นิสิต นักศึกษาพิการ จำแนกระดับชั้น เพศ
และประเภทความพิการ ปีการศึกษา 2559 จำนวน 1 ฉบับ

ด้วยสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน ได้ขอ
ความอนุเคราะห์ข้อมูลนักเรียน นิสิต นักศึกษาพิการ เพื่อรวบรวมข้อมูลให้คณะกรรมการสภาขับเคลื่อนการ
ปฏิรูปการศึกษาสำหรับผู้พิการ ผู้สูงอายุ และผู้ด้อยโอกาสเห็นความสำคัญในกระบวนการพัฒนาการศึกษาของ
คนพิการ เพื่อยกระดับการพัฒนาตนเองและการดำรงชีวิตในสังคม โดยเน้นการบูรณาการร่วมกันของทุกภาคส่วน
ที่เกี่ยวข้อง

สำนักงาน กศน. จึงขอให้ สำนักงาน กศน.จังหวัด/กทม. กรอกข้อมูลผู้เรียนคนพิการ ที่ลงทะเบียนเรียน
ในภาคเรียนที่ 2/2559 ในภาพรวมทั้งจังหวัดที่ <https://goo.gL/ZZPLbQ> รายละเอียดดังสิ่งที่ส่งมาด้วย ให้แล้วเสร็จ
ภายในวันที่ 15 ธันวาคม 2559

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายประเสริฐ หอมดี)

รองเลขาธิการ กศน.รักษาราชการแทน

เลขาธิการ กศน.

งาน.....
.....
รองผู้อำนวยการ
.....
ศูนย์การศึกษาฯ
โทร. 0 2281 7218
ผู้อำนวยการ
โทร. 0 2628 5330
วันที่ 1 / 11

ปลัด

ศูนย์การศึกษาฯ

โทร. 0 2281 7218

โทร. 0 2628 5330

ระดับชั้น	ประเภทความพิการ														รวม				
	บกพร่องทางการเห็น		บกพร่องทางการได้ยิน		บกพร่องทางการเคลื่อนไหวหรือประสาท		บกพร่องทางการเรียนรู้อ่านเขียน		บกพร่องทางการพูดและภาษา		บกพร่องทางพฤติกรรมหรืออารมณ์		ออทิสติก			พิการซ้อน		ไม่ระบุประเภทความพิการ	
	ตาบอด	เลือกมอง	หูหนวก	หูตึง	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ	ช	ญ		ช	ญ	ช	ญ
รวมทั้งหมด																			

หมายเหตุ : ชื่อผู้เรียน วันที่.....ปีการศึกษา ๒๕๕๙

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์สำนักงาน.....
 โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 โทรศัพท์สำนักงาน.....
 โทรศัพท์เคลื่อนที่.....