

**แบบแสดงความจำนงเข้าร่วม**

**โครงการ“สร้างโอกาสการจ้างงานเชิงสังคม และสนับสนุนการประกอบอาชีพคนพิการ”**

**ข้อมูลผู้แสดงความจำนง**

**ชื่อหน่วยงาน**

**ประเภทองค์กร**🞎 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) 🞎หน่วยราชการส่วนภูมิภาคเช่น รพสต. โรงเรียน ศูนย์เด็กเล็ก  
 🞎องค์กรสาธารณประโยชน์หรือองค์กรที่ไม่แสวงผลกำไร 🞎 คนพิการ/กลุ่มคนพิการ

**ชื่อผู้ให้ข้อมูล** (นาย, นาง, นางสาว) ………………………………………….…………………**ตำแหน่ง**…………………………………………

**ที่อยู่**

**เบอร์โทรศัพท์** **อีเมล**

**มีความจำนงในการเข้าร่วมโครงการ**

🞎 เพื่อเป็นหน่วยงานที่รับคนพิการเข้าทำงาน/หน่วยประสานการจ้างงานในพื้นที่ (นจพ.)

🞎 เพื่อใช้สิทธิ์ของตนเอง / กลุ่มของตนเอง 🞎 อื่นๆ……………………………………………………………….... **บทบาทของท่านต่อการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ**

🞎ท่านเป็นผู้มีอำนาจตัดสินใจ🞎ท่านไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ ต้องกลับไปหารือผู้บังคับบัญชา

**ข้อมูลความต้องการและความสนใจ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **กลุ่มงาน** | **รายละเอียดงาน** | **จำนวน(อัตรา)** |
| 1. งานที่สนับสนุนหน่วยงานเป็นประจำและมี | 1. |  |
| ผู้กำกับดูแล | 2. |  |
| จำนวน (รวม) .....................................อัตรา | 3. |  |
| 1. งานบริการสังคมที่ต้องลงพื้นที่เป็นประจำ | 1. |  |
| และไม่มีผู้กำกับดูแลชัดเจน | 2. |  |
| จำนวน (รวม)...........................อัตรา | 3. |  |
| 1. การประกอบอาชีพอิสระ (ส่งเสริมอาชีพ) | 1. |  |
| จำนวน (รวม)..........................อัตรา | 2. |  |
|  | 3. |  |