ด่วนมาก
ที่ นศ ๐๐๑๘.๑/ว ๔๑๓๒

ศาลากลางจังหวัดนครศรีธรรมราช
ถนนราชดำเนิน นศ ๘๐๐๐๐

๕ กรกฎาคม ๒๕๖๐

เรื่อง ทุนรัฐบาลอินเดียหลักสูตร Leadership Development for Enhanced Public Survey Delivery-I

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย หนังสือกรมการปกครอง ด่วนมาก ที่ มท ๐๓๐๕.๓/ว ๑๓๓๐๒ ลงวันที่ ๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

ด้วยกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศแจ้งว่า รัฐบาลอินเดียเสนอให้ทุนแก่รัฐบาลไทย เพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการฝึกอบรมหลักสูตร Leadership Development for Enhanced Public Survey Delivery-I (หลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อพัฒนาการให้บริการของรัฐ๑) ระหว่างวันที่ ๑๑-๒๒ กันยายน ๒๕๖๐ ณ วิทยาลัยข้าราชการฝ่ายบริหาร (Administrative Staff College of India) สาธารณรัฐอินเดีย

จังหวัดนครศรีธรรมราชขอความร่วมมือแจ้งบุคลากรในสังกัดทราบ หากมีผู้สนใจเข้ารับการทดสอบ ขอให้แจ้งรายชื่อไปยัง กลุ่มงานปกครอง ที่ทำการปกครองจังหวัดนครศรีธรรมราช ภายในวันที่ ๑๒ กรกฎาคม ๒๕๖๐ เพื่อรวบรวมส่งกรมการปกครองต่อไป รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ที่ทำการปกครองจังหวัดนครศรีธรรมราช)

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายณรงค์พร ณ พัทลุง)
ปลัดจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
ผู้ว่าราชการจังหวัดนครศรีธรรมราช

ที่ทำการปกครองจังหวัด
กลุ่มงานปกครอง
โทร./โทรสาร ๐-๗๕๓๕-๖๑๓๓
www.pokkrongnakhon.com

ด่วนมาก
ที่ มท ๐๓๐๕.๓/ว๑๒๓๐๔



ที่ทำการปกครองจังหวัดนครศรีธรรมราช
เลขรับ ๒๐๙๒๘
วันที่ 30 มิ.ย. ๖๐ เวลา ..... น.

กรมการปกครอง
ถนนอัษฎางค์ กทม. ๑๐๒๐๐

๒๙ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ทุนรัฐบาลอินเดีย หลักสูตร Leadership Development for Enhanced Public Survey Delivery - I

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดทุกจังหวัด

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครขอรับทุนรัฐบาลอินเดีย จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบรายงานสุขภาพ (Medical Report) จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ แจ้งว่า รัฐบาลอินเดีย เสนอให้ทุนแก่รัฐบาลไทย เพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมฝึกอบรมหลักสูตร Leadership Development for Enhanced Public Survey Delivery-I **(หลักสูตรการพัฒนาภาวะผู้นำเพื่อพัฒนาการให้บริการของรัฐ ๑)**ระหว่างวันที่ ๑๑ – ๒๒ กันยายน ๒๕๖๐ ณ วิทยาลัยข้าราชการฝ่ายบริหาร (Administrative Staff College of India) สาธารณรัฐอินเดีย โดยแหล่งทุนรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ รวมทั้งค่าเดินทางไป-กลับระหว่างประเทศ โดยผู้สมัครรับทุนนี้ต้องมีอายุระหว่าง ๒๕ – ๔๕ ปี มีผลการทดสอบภาษาอังกฤษชุด DIFA TES ของสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ ในทักษะการอ่านและการฟัง อย่างน้อยระดับ B1 หรือผลการทดสอบภาษาอังกฤษ TOEFL หรือ IELTS หรืออื่นๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง ผลการทดสอบดังกล่าวต้องมีอายุไม่เกิน ๒ ปี นับจากวันที่เข้ารับการทดสอบ ไม่เคยได้รับทุนรัฐบาลอินเดียภายใต้ ITEC Programme และ TCS of Colombo Plan มาก่อน

กรมการปกครองขอความร่วมมือจังหวัดพิจารณาแจ้งประชาสัมพันธ์ให้ข้าราชการในสังกัดกรมการปกครองทราบ โดยผู้สมัครขอรับทุนต้องเป็นข้าราชการพลเรือนระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า โดยจะต้องได้รับการบรรจุหรือโอนมาปฏิบัติงานแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปีนับถึงวันปิดรับสมัคร ไม่อยู่ในระหว่างการสมัครขอรับทุนอื่นใด โดยให้จัดทำใบสมัครติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้วหรือ ๒ นิ้ว พร้อมแนบแบบรายงานสุขภาพ (Medical Report) สำเนาผลการทดสอบภาษาอังกฤษตามที่แหล่งทุนระบุ สำเนาบัตรประชาชนหรือบัตรประจำตัวเจ้าหน้าที่ของรัฐ อย่างละ ๑ ชุด และส่งมายังกองวิชาการและแผนงาน กรมการปกครอง ถนนอัษฎางค์ แขวงวัดราชบพิธ เขตพระนคร กรุงเทพฯ ๑๐๒๐๐ ภายในวันศุกร์ที่ ๑๔ กรกฎาคม ๒๕๖๐ (เวลา ๑๖.๓๐น.)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

(นายรณภพ เหลืองไพโรจน์)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมการปกครอง

กองวิชาการและแผนงาน
กลุ่มงานวิเทศสัมพันธ์
โทร./โทรสาร ๐-๒๒๒๒-๖๒๐๔

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๔

แบบพิมพ์ทุน ๑ กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ	ติดรูปถ่าย ๒

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับทุน

(โปรดกรอกรายละเอียดให้ละเอียดและตัวบรรจง)

ส่วนที่ ๑: แหล่งผู้ให้ทุน/หลักสูตร

แหล่งผู้ให้ทุน.....

ชื่อหลักสูตร/สาขาวิชา/ระยะเวลา.....

.....

.....

ณ ประเทศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติขั้นต้นแล้ว

☐ มีสิทธิ์สอบ ☐ ไม่มีสิทธิ์สอบ

.....

ส่วนที่ ๒: สังกัดของผู้สมัครรับทุน

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาไทย).....

(ภาษาอังกฤษ).....

ที่อยู่ที่ติดต่อได้.....

แผนก/ฝ่าย/กอง.....

โทรศัพท์..... โทรสาร..... โทรศัพท์(บ้าน).....

โทรศัพท์มือถือ..... E-mail Address: .....

บุคคลที่ผู้สมัครประสงค์จะให้ติดต่อในกรณีเร่งด่วน : ชื่อ.....โทรศัพท์.....

ส่วนที่ ๓: ประวัติส่วนบุคคลและการศึกษา

ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

Name (Mr./Mrs./Miss).....Surname.....

ชื่อ/นามสกุลเดิม (ในกรณีที่มีการเปลี่ยนชื่อ/นามสกุล)

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....

Name (Mr./Mrs./Miss).....Surname.....

อายุ.....ปี.....เดือน (เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....)

สถานภาพสมรส: ☐ โสด ☐ สมรส ☐ อื่น ๆ .....

วุฒิการศึกษา/สาขา.....

.....

สถาบัน/ประเทศ.....

.....

คะแนนรวมซึ่งได้รับจากการศึกษาระดับปริญญาตรี (เฉพาะผู้ขอรับทุนการศึกษา).....

ส่วนที่ ๔: ประวัติการรับทุน

เคยได้รับทุนที่ดำเนินการผ่านกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (เฉพาะ ๒ ครั้งสุดท้าย) คือ

๑. แหล่งผู้ให้ทุน.....เพื่อไป ☐ ศึกษา ☐ ฝึกอบรม ☐สัมมนา ☐ ดูงาน ☐ ประชุม

สาขาวิชา/หลักสูตร.....

ระหว่างวันที่.....ณ ประเทศ.....

๒. แหล่งผู้ให้ทุน.....เพื่อไป ☐ ศึกษา ☐ ฝึกอบรม ☐สัมมนา ☐ ดูงาน ☐ ประชุม

สาขาวิชา/หลักสูตร.....

ระหว่างวันที่.....ณ ประเทศ.....

นอกเหนือจากการสมัครรับทุนครั้งนี้ อยู่ในระหว่างการสมัครรับทุนจากองค์การ/รัฐบาลอื่นหรือไม่

☐ ไม่อยู่ระหว่างการสมัครรับทุนอื่น

☐ อยู่ระหว่างการสมัครรับทุน.....

.....

ส่วนที่ ๕: ประวัติการทำงาน (อดีตและปัจจุบัน)

ตำแหน่ง	ระยะเวลา (วัน/เดือน/ปี)	หน่วยงาน	หน้าที่ความรับผิดชอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติของผู้สมัครรับทุนที่กรมความร่วมมือระหว่างประเทศได้แจ้งเวียนให้ทราบ และข้อความที่แจ้งไว้ในแบบพิมพ์นี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าไม่เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรองไว้ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครรับทุนครั้งนี้

(ลงชื่อผู้สมัครรับทุน).....

(.....)

...../...../.....

MEDICAL REPORT

(To be certified by a doctor/hospital on the panel of the Indian Mission, UN Mission, if any or as designated by Indian Mission)

(i) Name of Applicant:
(ii) Age:
(iii) Sex: (Male / Female)
(iv) Height (cm):
(v) Weight (kg):
(vi) Blood Group:
(vii)Blood Pressure: *(viii) Blood Sugar: (Fasting) (PP)*

1. Is the person examined in good health at present ?	
2. Is the person examined physically and mentally able to carry out intensive training away from home?	
3. Is the person free of infectious diseases (tuberculosis, trachoma, skin diseases etc)? Yellow fever certificate (in case of people coming from that region or as laid out in WHO Regulations).	
4. Does the person examined has any medical condition or defect which might require treatment during the course ?	
5. List of any observed abnormalities indicated in the chest X ray.	

I certify that the applicant is medically fit to undertake a training course in India.

Name of Doctor/Physician:

Registration No.:

Address of Clinic / Hospital

and City / Town :

Telephone :

E mail: _____ Date:

Signature of Doctor/Physician: _____ Seal of Clinic/Hospital: