

แบบรายงานผลการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๓

มาตรา ๓๓

หน่วยงาน.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.....

ที่ตั้ง.....เลขที่ ๗๘๒ หมู่ ๑๐ ต.นครสวรรค์ต.ก อ.เมือง จ.นครสวรรค์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....X XXXX XXXX.....

จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน จำนวน.๔,๒๒๓... ราย (ข้าราชการ...๓,๑๗๖...ราย พนักงานราชการ...๑๔๘...ราย ลูกจ้างประจำ...๓๔๖...ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข...๘๕๓...ราย) ข้อมูล ณ วันที่...๑ ต.ค.๖๒...

จำนวนคนพิการที่หน่วยงานต้องจ้างงานในสัดส่วน ๑๐๐: ๑ (เทียบกับ ๕๐ นับเพิ่มอีก ๑ ราย)

ได้จ้างคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน.....๕.....ราย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ (ปี)	การศึกษา	ระดับบรรณการ	ลักษณะความพิการ	เริ่มปฏิบัติงาน (วัน/เดือน/ปี)	ค่าจ้าง/เงินเดือน	เขตสุขภาพ	จังหวัด	ประเภทหน่วยงาน	ชื่อหน่วยงานของผู้รับจ้าง	ประเภทการจ้าง	ตำแหน่งงาน
๑	นายxxxxx xxxxxxx	ช	๓๑	ป.ตรี	x xxx xxxxx xx x	ทางการเคลื่อนไหว	๑ พ.ย. ๖๑	๑๕,๐๐๐	๓	นครสวรรค์	สถ.จ.	นครสวรรค์	ข้าราชการ	นักสาธารณสุข
๒	นางสาวxxxx xxx	ญ	๕๐	ป.๖	x xxx xxxxx xx x	ทางการได้ยิน	xx/xx/xx	๙,๐๐๐	x	xxx	รพช.	xxxx	ลูกจ้างประจำ	แม่บ้าน
๓	นางxxxx xxx	ญ	๔๔	ป.ตรี	x xxx xxxxx xx x	ทางการเคลื่อนไหว	xx/xx/xx	xxxx	x	xxx	สถ.จ.	xxxx	พนักงานราชการ	นักทรัพยากรบุคคล
๔	นายxxxx xxxxxx	ช	๒๘	ป.๓	x xxx xxxxx xx x	ทางการเคลื่อนไหว	xx/xx/xx	xxxx	x	xxx	รพสต.	xxxx	พนักงานกระทรวงสาธารณสุข	พนักงานธุรการ
๕	นายxxxx xxxxxx	ช	๔๗	ม.๖	x xxx xxxxx xx x	ทางการมองเห็น	xx/xx/xx	xxxx	x	xxx	สถ.น.	xxxx	ลูกจ้างชั่วคราว	พนักงานช่วยเหลือคนไข้

หมายเหตุ : การจ้างงานคนพิการโดยสถานประกอบการขอชมนเพื่อใ้คนพิการทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถนับรวมข้อมูลได้ ไม่ต้องกรอกข้อมูล

การกรอกข้อความเป็นเท็จมีความผิดตามกฎหมายอาญา

หมายเหตุ :

๑. สถ.จ. รวบรวมข้อมูลการจ้างงานคนพิการใน รพช./สถ.จ./รพ.สต. / สถ.น.

๒. โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ให้ส่งเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง

๓. กรม / หน่วยงานในสังกัด ให้ส่งเป็นภาพรวมของส่วนราชการนั้นๆ

เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วขอให้ ส่งข้อมูลภายในวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๓

โดยส่งเป็นไฟล์ Excel ที่ E-mail : ratee.moph@gmail.com

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 เบอร์โทรศัพท์.....

แบบรายงานผลการจ้างงานคนพิการในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี พ.ศ.๒๕๖๓

มาตรา ๓๕

หน่วยงาน.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์.....

ที่ตั้ง.....เลขที่ ๗๕๒ หมู่ ๑๐ ต.นครสวรรค์ อ.เมือง จ.นครสวรรค์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....X XXXX XXXX.....

จำนวนผู้ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงาน จำนวน...๕๖๒๓... ราย (ข้าราชการ...๓,๑๗๖... ราย พนักงานราชการ...๑๕๘... ราย ลูกจ้างประจำ...๓๕๖... ราย พนักงานกระทรวงสาธารณสุข...๙๕๓... ราย) ข้อมูล ณ วันที่...๑ ต.ค.๖๒...

จำนวนคนพิการที่หน่วยงานต้องจ้างงานในสัดส่วน ๑๐๐: ๑ (เศษเกิน ๕๐ นับเพิ่มอีก ๑ ราย)

ได้จ้างคนพิการตามมาตรา ๓๓ จำนวน.....๕.....ราย

ลำดับ	ชื่อคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ ที่อยู่ใช้สิทธิ	เลขบัตรประจำตัว ประชาชน (คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ)	ลักษณะความพิการ	เพศ	อายุ (ปี)	วันเริ่มต้น สัญญา	วันสิ้นสุด สัญญา	รวม ระยะเวลา	เขต สุขภาพ	จังหวัด	ประเภท หน่วยงาน	ชื่อหน่วยงานของ รัฐ	ระบุกิจกรรม ตามมาตรา ๓๕	มูลค่าสัญญา (บาท)
๑	นายxxxxx xxxxxxxx(ผู้ดูแล)	X XXXX XXXXX XX X	ทางออทีลติก (บุตรสาว)	ช	๔๕	๑-ม.ค.-๖๒	๓๑-ธ.ค.-๖๒	๑ ปี	๓	นครสวรรค์	สถจ.	นครสวรรค์	จัดสถานที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล	๑๒๐,๐๐๐/ปี
๒	นางสาวxxxx xxxx	X XXXX XXXXX XX X	ทางการได้ยิน	ญ	๓๒	๑-ม.ค.-๖๒	๓๑-ธ.ค.-๖๒	๑ ปี	X	นครสวรรค์	สถอ.	ตากฟ้า	จ้างหมอบริการโครงการคนพิการทำงานภาครัฐ	XXX,XXX/ปี
๓	นางxxxx xxxx	X XXXX XXXXX XX X	ทางการเคลื่อนไหว	ญ	๕๖	๑-ม.ค.-๖๒	๓๑-ธ.ค.-๖๒	๑ ปี	X	XXX	รพช.	XXXXXXXX	จัดสถานที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล	XXX,XXX/ปี
๔	นายxxxxx xxxxxxx	X XXXX XXXXX XX X	ทางการเคลื่อนไหว	ช	๔๔	๑-ม.ค.-๖๒	๓๑-ธ.ค.-๖๒	๑ ปี	X	XXX	รพช.	XXXXXXXX	จัดสถานที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล	XXX,XXX/ปี
๕	นายxxxxx xxxxxxx	X XXXX XXXXX XX X	ทางการเคลื่อนไหว	ช	๔๕	๑-ม.ค.-๖๒	๓๑-ธ.ค.-๖๒	๑ ปี	X	XXX	รพสต.	XXXXXXXX	จัดสถานที่จำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาล	XXX,XXX/ปี

หมายเหตุ : ๑) มาตรา ๓๕ มี ๗ ประเภท รายละเอียดตัวอย่างตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

๒) การจ้างงานคนพิการโดยสถานประกอบการเอกชนเพื่อให้คนพิการทำงานในหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข ไม่สามารถนับรวมข้อมูลนี้ ต้องกรอกข้อมูล

การกรอกข้อความเป็นพื้นที่มีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา

หมายเหตุ :

๑. สถจ. รวบรวมข้อมูลการจ้างงานคนพิการใน รพช. /สถอ. /รพ.สต. / สอน.
๒. โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ให้ส่งเป็นภาพรวมของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง
๓. กรม / หน่วยงานในสังกัด ให้ส่งเป็นภาพรวมของส่วนราชการนั้นๆ

เมื่อดำเนินการเรียบร้อยแล้วขอให้ ส่งข้อมูลภายในวันที่ ๒ มีนาคม ๒๕๖๓ โดยส่งเป็นไฟล์ Excel ที่ E-mail : rateemoph@gmail.com

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....
 เบอร์โทรศัพท์.....