



ที่ มท ๐๘๕๓.๒/ว 2632

ถึง สำนักงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดการศึกษา ทุกแห่ง

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จะจัดให้มีการดำเนินงาน โครงการฝึกอบรมพัฒนาครู
ในสถานศึกษา ให้สามารถให้ความรู้แก่นักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (LD) ของสถานศึกษาในสังกัด
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระหว่างเดือน มกราคม – เมษายน ๒๕๕๒ เพื่อให้ครูสามารถคัดกรองเด็ก
ที่มีความผิดปกติทางการเรียนรู้ให้ได้รับการพัฒนาในรูปแบบที่เหมาะสม ตามที่กำหนดในแผนการจัด
การศึกษาเฉพาะบุคคล (Individualized Education Program “IEP”) ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นไปตาม
พ.ร.บ. การจัดการศึกษาสำหรับคนพิการ พ.ศ.๒๕๕๑ ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ ๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๑
โดย พ.ร.บ. ดังกล่าวเป็นกฎหมายฐานสิทธิ ที่เน้นย้ำถึงสิทธิที่คนพิการจะพึงได้รับโดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิ
และโอกาสที่จะได้รับการบริการ และความช่วยเหลือทางการศึกษาเป็นพิเศษ

ดังนั้น จึงขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แจ้งโรงเรียนในสังกัดพิจารณาคัดเลือกครู
ปฏิบัติการสอนที่มีความเหมาะสม เพื่อเตรียมเข้ารับการอบรม จำนวน ๑ คน /โรงเรียน โดยให้องค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่นจัดส่งรายชื่อบุคลากร ที่จะเข้ารับการอบรม ดังกล่าว โดยตอบรับและแสดงความจำนง
การเข้ารับการฝึกอบรม ตามแบบฟอร์มเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้ ให้ส่วนวิชาการและมาตรฐานการศึกษา
ท้องถิ่นทราบทางหนังสือหรือทางโทรสารหมายเลข ๐-๒๒๔๑-๕๐๒๑ -๓ ต่อ ๑๑๒,๑๑๓ หรือทาง E-mail
puthon_@windowslive.com ภายในวันพฤหัสบดี ที่ ๑๕ มกราคม ๒๕๕๒

ทั้งนี้ การฝึกอบรม ดังกล่าว องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะพิจารณาให้การสนับสนุน
ค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมจากงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไปประจำปีงบประมาณ
๒๕๕๒ ตามที่กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจัดสรรให้ หรือจากงบประมาณเงินรายได้ขององค์กร
ปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับ วันเวลา สถานที่ และอัตราค่าลงทะเบียนจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง



สำนักประสานและพัฒนากิจการการศึกษาท้องถิ่น

ส่วนวิชาการและมาตรฐานการศึกษาท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๔๑-๕๐๒๑-๓ ต่อ ๑๑๒

โทรสาร. ๐-๒๒๔๑-๕๐๒๑-๓ ต่อ ๑๑๒,๑๑๓

แบบตอบรับและแสดงความจำนงการเข้าร่วมโครงการฝึกอบรม
โครงการ ฝึกอบรมพัฒนาครูในสถานศึกษาให้สามารถให้ความรู้แก่นักเรียนที่มีปัญหาทางการเรียนรู้ (LD)
ของสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....
ตำแหน่ง..... โรงเรียน.....สังกัด (อบจ./เทศบาล/ อบต.).....
อำเภอ.....จังหวัด.....

แสดงความจำนงเข้าร่วมโครงการอบรมโครงการฝึกอบรมพัฒนาครูในสถานศึกษาให้สามารถให้ความรู้แก่นักเรียนที่มี
ปัญหาทางการเรียนรู้ (LD) ของสถานศึกษาสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อบ้านได้ สำนักงาน.....
โรงเรียน.....
โทรสาร.....
โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

(ลงชื่อ)..... ผู้เข้าร่วมอบรม
(.....)
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ)
(.....)
ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถานศึกษา

หมายเหตุ ส่งหนังสือตอบรับยืนยันได้

๑. ทางไปรษณีย์ส่งถึงสำนักประสานและพัฒนาการจัดการศึกษาท้องถิ่น ส่วนวิชาการและมาตรฐาน
การศึกษาท้องถิ่น ถนนราชสีมา วังสวนสุนันทา เขตดุสิต กรุงเทพฯ ๑๐๓๐๐
๒. ทางโทรสารหมายเลข ๐๒-๒๔๑-๕๐๒๑-๓ ต่อ ๑๑๒-๑๑๓
๓. ทาง E-mail : puthon_@windowlive.com