



1032

16.16

ที่ กต ๑๖๐๔.๑/๒๕๕๖

กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

ศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ

อาคารรัฐประศาสนภักดี ชั้น ๘

ถนนแจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่

กทม. ๑๐๒๑๐

๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๐

เรื่อง ทูลเกล้าทูลกระหม่อมถวาย Capacity Building Program on Enhancing the Development of Small and Medium Industries (SMI)

เรียน อธิบดีกรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายละเอียดหลักสูตร
๒. รายละเอียดเกี่ยวกับการสมัครรับทุน
๓. รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับทุน

ด้วยรัฐบาลสาธารณรัฐอินโดนีเซียร่วมกับ the ColomboPlan Secretariat (CPS) เสนอให้ทุนแก่รัฐบาลไทย เพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร Capacity Building Program on Enhancing the Development of Small and Medium Industries (SMI) ระหว่างวันที่ ๓๐ กรกฎาคม - ๙ สิงหาคม ๒๕๖๐ ณ สาธารณรัฐอินโดนีเซีย ดังมีรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ เห็นว่าหลักสูตรอบรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อบุคลากรของกรมการพัฒนารัฐวิสาหกิจ จึงขอให้ท่านพิจารณาเสนอผู้สมัครรับทุนที่มีผลการทดสอบภาษาอังกฤษชุด DIFA TES ของสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ ในทักษะการอ่านและทักษะการฟัง อย่างน้อยระดับ B1 หรือผลทดสอบภาษาอังกฤษ IELTS TOEFL หรือ TOEIC อย่างใดอย่างหนึ่ง ตามที่รัฐบาลสาธารณรัฐอินโดนีเซีย กำหนดในรายละเอียดหลักสูตร และผลการทดสอบดังกล่าวต้องมีอายุไม่เกิน ๒ ปี นับจากวันที่เข้ารับการทดสอบ โดยให้ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อจัดทำรายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับทุน ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ และ ๓ ส่งคืนให้กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ พร้อมใบสมัครรับทุนรัฐบาลพร้อมทั้งสำเนาผลทดสอบภาษาอังกฤษภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐ ด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเสนอชื่อผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม จำนวน ๔ ราย จักขอบคุณมาก

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพศาล หุตะหาญ)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน

อธิบดีกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

- ☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ
☐ ผู้อำนวยการศูนย์ราชการเฉลิมพระเกียรติฯ

ภารกิจความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

โทร. ๐ ๒๒๐๓ ๕๐๐๐ ต่อ ๔๓๑๐๗

โทรสาร ๐ ๒๑๔๓ ๙๓๒๕

CP-PPSD/INDONESIA/2017

Kementerian
Perindustrian
REPUBLIC OF INDONESIAKEMENTERIAN
SEKRETARIAT NEGARA RIPlease affix
passport
photograph**FOR OFFICIAL USE ONLY**

Reference no:.....

Received:.....

Checked:.....

Government of the Republic of Indonesia - Colombo Plan Joint Training Course
APPLICATION FORM (typewriting or block letters)

TITLE OF COURSE: Capacity Building Programme on Enhancing the Development of Small and Medium Industry - Batch 2	Course Duration: 30 July - 9 August 2017 (Application should be sent to Colombo Plan on or before 30 June 2017)
NAME OF TRAINING INSTITUTE: The Ministry of Industry of the Republic of Indonesia, in coordination with the Ministry of State Secretariat of the Republic of Indonesia and the Colombo Plan	

1. PERSONAL DATA

Family name (surname)	Date of birth Day Month Year
First Name	Nationality (citizenship):
Other names	Gender: Male/Female #
City and country of birth	Marital status Single/Married/Divorced/Widowed #
Passport No:	Religion:

#Delete accordingly

2. COMMUNICATION AND MAILING ADDRESS

Applicant's Office Address:			Applicant's Postal/ Home Address:		
			Home telephone		
			Country	Area	Number
Office telephone		Telefax	Email		
Country	Area	Number	Country	Area	Number
			Mobile		
Person to be contacted in case of emergency, name, telephone and address					

Page 1 of 5

CP-PPSD/INDONESIA/2017

3. **EDUCATION** (list in order of time, starting with last institution attended)

Name of institution and place of study	Major field of study	Years of study: from - to	Degree

(Please attached a copies of the certificates)

4. **EMPLOYMENT RECORD**

A. Present or most recent post	B. Previous positions held
Employer:	Employer:
Years of service (from - to):	Years of service (from - to)
Title of your post/position:	Title of your post/position:
Present salary per month (US Dollars):	Salary per month (US Dollars):
Name of supervisor and title:	Name of supervisor and title:
Type of organization: Government /Semi Government/ Private/ NGO #	Type of Organization Government/ Semi Government/ Private/ NGO #
Main functions of organization:	Main functions of organization:
Total number of employees:	Total number of employees:

Delete accordingly

Description of your work including your responsibility:

Please continue on supplementary pages if necessary

Page 2 of 5

CP-PPSD/INDONESIA/2017

5. REASONS FOR APPLYING THIS COURSE

Please state briefly the reasons for applying to this course and how you hope to benefit from the programme.

Please continue on supplementary pages if necessary

Have you participated in any Indonesia South-South Cooperation and Triangular Programmes or Colombo Plan Training Programmes before: YES/ NO #

<u>Name of course</u>	<u>Name of Training Institute</u>	<u>Year</u>

Delete accordingly

6. CERTIFICATION OF ENGLISH LANGUAGE PROFICIENCY (PARTICIPANTS MUST FILL ALL THE INFORMATION IN THIS SECTION)

	Excellent	Good	Fair	Basic	Remarks
Listening					
Speaking					
Writing					
Reading					

Mother tongue: _____

Language test administered by : _____

Title : _____

Address : _____

Tel. Number : _____

E mail : _____

Date and signature : _____

CF-PFSD/INDONESIA/2017

7. MEDICAL REPORT (to be completed by an authorized physician, All the fields must be filled)

Name of Applicant:			
Age:	Sex:	Height: cm	Weight Kg
Blood Group: ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O			
Blood Pressure:			
Is the person examined at present in good health?		Is the person examined physically and mentally able to carry out intensive training away from home?	
Pre-prandial Blood Sugar		Post-prandial Blood Sugar	
Is the person free of infectious diseases (Tuberculosis, Trachoma, Yellow Fever, Hepatitis A, B and skin diseases etc.)?		Does the person examined have any condition or defect (including teeth) which might require treatment during the course?	
List any abnormalities indicated in the chest X ray.		Pregnancy Test (for women): (optional)	
I certify that the applicant is medically fit to undertake this course. Name and the registration : No. of the Physician Address of Clinic : (printed) Telephone : (printed) E mail : Date: Signature of Physician : Seal of Clinic:			

CP-PPSD/INDONESIA/2017

8. FOOD PREFERENCE IF ANY:.....

9. DECLARATION

Have you ever been convicted by a Court of Law of any country?	Yes/ No #
If yes, please give brief details:	
I certify that my statements in answer to the foregoing questions are true, complete and correct to the best of my knowledge and belief.	
If accepted for a training award, I undertake to:-	
(a) Carry out such instructions and abide by such conditions as may be stipulated by both the nominating government and the host government in respect of this course of training; (b) Follow the course of study or training, and abide by the rules of the institution in which I undertake to study or train; (c) Refrain from engaging in political activities, or any form of employment for profit or gain; (d) Submit any progress reports which may be prescribed; and (e) Return to my home country promptly upon the completion of my course of study or training.	
I also fully understand that if I am granted an award it may be subsequently withdrawn if I fail to make adequate progress or for other sufficient cause determined by the host Government.	
Signature of applicant:	
Name:	Date:.....

Delete accordingly

10. OFFICIAL DECLARATION (to be completed by the nominating government. All the fields must be filled)

The Government of:	
nominates (name of applicant)	
For the course under the Colombo Plan Joint Programme with Republic of Indonesia and certifies that:	
(a) all information supplied by the nominee is complete and correct; (b) the nominee had adequate knowledge and was appropriately tested for English Language proficiency.	
Remarks:	
_____ (Name)	_____ (Signature of responsible Government Official)
_____ (Designation)	_____ Address of Department/ Ministry:
Official Seal/ Stamp:	Office Telephone number: _____
	Office Fax number: _____
	E mail: _____
Date: _____	

Please note: This application form must be duly completed and endorsed by the Ministry of Foreign Affairs or the Relevant Agency responsible for the CPS programme in your country. Application should be submitted to Colombo Plan Secretariat through the respective National Focal Point ONLY. INCOMPLETE AND/ OR UNENDORSED FORMS WOULD NOT BE PROCESSED.

Page 5 of 5

รายละเอียดเกี่ยวกับการสมัครขอรับทุน

ชื่อหลักสูตร **Capacity Building Program on Enhancing
the Development of Small and Medium
Industry (SMI) – Batch 2**

วิธีการเสนอชื่อผู้สมัครขอรับทุน คุณสมบัติของผู้สมัครขอรับทุน หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้สมัครขอรับทุน และผลการพิจารณาให้ทุน จะต้องปฏิบัติตามหลักเกณฑ์และวิธีการ ดังนี้

๑. วิธีการเสนอชื่อผู้สมัครขอรับทุน

- ๑.๑ หน่วยงานที่ได้รับการจัดสรรจะต้องมีหนังสือเสนอชื่อผู้สมัครขอรับทุน พร้อมทั้งส่งแบบพิมพ์รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครขอรับทุน (แบบพิมพ์ทุน ๑) ที่ติดรูปถ่ายขนาด ๑ นิ้ว หรือ ๒ นิ้ว จำนวน ๑ รูป ไปยังกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

ภายในวันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๐

ในกรณีที่จำเป็นต้องให้แจ้งรายชื่อและรายละเอียดของผู้สมัครขอรับทุนได้ทางโทรศัพท์ และ / หรือโทรสารเป็น
การล่วงหน้า

- ๑.๒ จำนวนผู้สมัครขอรับทุนที่ได้รับการเสนอชื่อจะต้องไม่เกิน ๔ ราย ในกรณีที่หน่วยงานเสนอชื่อผู้สมัครขอรับทุน
มากกว่าจำนวนที่ได้กำหนดไว้ข้างต้น กรมความร่วมมือฯ จะพิจารณาคัดเลือกบุคคลที่ได้รับการเสนอชื่อเรียงตามลำดับ
ที่ปรากฏในหนังสือเสนอชื่อจากหน่วยงานตามจำนวนที่กำหนดไว้ข้างต้นเท่านั้น **บุคคลที่ปรากฏชื่ออยู่ในลำดับหลัง
ซึ่งเกินจำนวนที่กำหนดไว้ กรมความร่วมมือฯ ไม่อาจพิจารณาให้เป็นผู้สมัครขอรับทุนได้**

- ๑.๓ ให้ผู้ที่ได้รับการเสนอชื่อต้องแนบผลการทดสอบภาษาอังกฤษ ชุด DIFA TES ของสถาบันการต่างประเทศ
เทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ หรือผลการทดสอบภาษาอังกฤษอื่น ๆ ตามที่แหล่งทุน
กำหนดอย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งมีอายุ ๒ ปี นับจากวันที่เข้ารับการทดสอบ

๒. คุณสมบัติของผู้สมัครขอรับทุน

๒.๑ ก. สำหรับผู้ที่เป็นข้าราชการ

- ผู้สมัครขอรับทุนจะต้องเป็นข้าราชการพลเรือนตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือมีคุณสมบัติอื่น ๆ
ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยการให้ข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม และดูงาน ณ ต่างประเทศ (กขต.)
- จะต้องได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการหรือโอนมาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสนอชื่อสมัครรับทุนแล้วไม่น้อย
กว่า ๑ ปี นับถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือฯ

ข. สำหรับพนักงานรัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน และหน่วยงานเอกชน

- จะต้องปฏิบัติงานหรือโอนมาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสนอชื่อสมัครรับทุนแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี **นับถึง
วันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือฯ**

๒.๒ ไม่อยู่ในระหว่างการสมัครขอรับทุนอื่นที่อยู่ในความดูแลของกรมความร่วมมือฯ (ทุนประเภท ๑ (ข))

๒.๓ ผู้สมัครขอรับทุนจะต้องมีอายุไม่เกิน ๕๕ ปี หรือตามที่หลักสูตรกำหนด

๒.๔ กรณีเคยได้รับทุนประเภท ๑ (ข) ไปศึกษา ณ ต่างประเทศ จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๒ ปี (ยกเว้นอาจารย์

ในมหาวิทยาลัย หรือสถานการศึกษาที่เทียบเท่ามหาวิทยาลัย ต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี) และในกรณีที่เคยได้รับทุน **สัมมนา / ดูงาน ที่มี ระยะเวลา
เกินกว่า ๑ เดือน** จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี นับถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือฯ

๒.๕ กรณีเคยสละสิทธิ์การสมัครรับทุนที่ดำเนินการผ่านกรมความร่วมมือฯ จะต้องสละสิทธิ์มาแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปีนับแต่วันที่ที่ยินยอมให้สละสิทธิ์ถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือฯ

๒.๖ กรณีที่เคยได้รับทุนและได้ยุติการรับทุนก่อนที่จะสำเร็จหลักสูตร โดยไม่มีเหตุผลอันสมควรและไม่ได้รับอนุญาตจากกรมความร่วมมือฯ และส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จะไม่มีสิทธิ์สมัครรับทุนใด ๆ เป็นเวลา ๒ ปี นับแต่วันที่ผู้รับทุนได้ยุติการรับทุน ถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือฯ และในกรณีที่แหล่งทุนแจ้งยุติการให้ทุนศึกษา ฝึกอบรม ดูงาน/ สัมมนา หรือปฏิบัติการวิจัย จะไม่มีสิทธิ์สมัครรับทุนใด ๆ เป็นเวลา ๕ ปี นับจากวันที่กรมความร่วมมือฯ แจ้งหน่วยงานที่ผู้รับทุนสังกัด

๒.๗ ต้องมีคุณสมบัติตามที่รัฐบาลและสถาบันของต่างประเทศกำหนดไว้ในสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑

๒.๘ กรณีที่แหล่งผู้ให้ทุนกำหนดระดับของผู้สมัครรับทุนไว้ ให้ถือเกณฑ์เปรียบเทียบระดับ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|--------------------------------------|
| - ระดับต้น (Junior Level) | เทียบเท่าข้าราชการระดับปฏิบัติการ |
| - ระดับกลาง (Middle Level) | เทียบเท่าข้าราชการระดับชำนาญการ |
| - ระดับอาวุโส (Senior Level) | เทียบเท่าข้าราชการระดับชำนาญการพิเศษ |
| - ระดับบริหาร (Executive Level) | เทียบเท่าข้าราชการระดับเชี่ยวชาญ |

๓. หลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้สมัครขอรับทุน

๓.๑ จำนวนผู้สมัครที่จะได้รับการเสนอชื่อให้แหล่งทุนพิจารณาในขั้นสุดท้ายสำหรับหลักสูตรนี้ มีจำนวน

ไม่เกิน ๕ ราย

๔. ผลการพิจารณาให้ทุน

เมื่อกรมความร่วมมือฯ ได้เสนอชื่อและใบสมัครของผู้ที่ได้รับการคัดเลือกไปยังแหล่งผู้ให้ทุนแล้ว ผลการพิจารณา
คัดเลือกผู้สมัครเข้ารับทุนในขั้นสุดท้ายขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแหล่งผู้ให้ทุน

แบบพิมพ์ทุน ๑
กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

ติดรูปถ่าย

รายละเอียดเกี่ยวกับผู้สมัครรับทุน
(โปรดกรอกรายละเอียดให้ละเอียดและตัวบรรจง)

ส่วนที่ ๑: แหล่งผู้ให้ทุน/หลักสูตร

แหล่งผู้ให้ทุน.....
ชื่อหลักสูตร/สาขาวิชา/ระยะเวลา.....
.....
.....
ณ ประเทศ.....

สำหรับเจ้าหน้าที่กรมความร่วมมือ
ระหว่างประเทศ

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติขั้นต้นแล้ว

☐ มีสิทธิ์สอบ ☐ ไม่มีสิทธิ์สอบ

ส่วนที่ ๒: สังกัดของผู้สมัครรับทุน

ชื่อหน่วยงาน (ภาษาไทย).....
(ภาษาอังกฤษ).....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
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 ☐ อื่นๆ.....
วุฒิการศึกษา/สาขา.....
.....
สถาบัน/ประเทศ.....
.....
คะแนนรวมซึ่งได้รับจากการศึกษาระดับปริญญาตรี (เฉพาะผู้ขอรับทุนการศึกษา).....

ส่วนที่ ๔: ประวัติการรับทุน

เคยได้รับทุนที่ดำเนินการผ่านกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (เฉพาะ ๒ ครั้งสุดท้าย) คือ

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

สาขาวิชา/หลักสูตร.....

ระหว่างวันที่.....ณ ประเทศ.....

๒. แหล่งผู้ให้ทุน.....เพื่อไป ☐ ศึกษา ☐ ฝึกอบรม ☐ สัมมนา ☐ ทำงาน ☐ 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 หากปรากฏภายหลังว่าไม่เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรองไว้ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครรับทุนครั้งนี้

(ลงชื่อผู้สมัครรับทุน).....

(.....)

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