



ด่วนมาก

บันทึกข้อความ

Eกต 1604.1/674 88/13/60

ส่วนราชการ สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล ส่วนพัฒนาทรัพยากรบุคคล โทร. ๒๒๔๑ ๗๒๗๗ โทร. ๒๖๐๕

ที่ สบค. ๓๐๒๒

วันที่ 1๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐

ที่ รพท 12546/2560

เรื่อง ทนประชุมเชิงปฏิบัติการของรัฐบาลอิสราเอล หลักสูตร Climate Change and Agriculture

รับสาร 21 ก.พ. 2560

เรียน ผส.บอ. และ ผส.ชป. ๑ - ๑๗

2.๑/60

ด้วยกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ ได้มีหนังสือ ด่วนมาก ที่ กต ๑๖๐๔.๑/๖๗๔ ลงวันที่ ๑๐ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๐ ขอให้ส่งผู้สมัครรับทุนรัฐบาลอิสราเอล เพื่อส่งเจ้าหน้าที่เข้าร่วมการประชุมเชิงปฏิบัติการ หลักสูตร Climate Change and Agriculture ระหว่างวันที่ ๑๔ - ๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๐ ณ Regional Training Center of Israeli Meteorological Service ประเทศอิสราเอล โดยผู้สมัครรับทุนจะต้องเป็นผู้ที่มีผลการทดสอบภาษาอังกฤษชุด DIFA TES ของสถาบันการต่างประเทศเทวะวงศ์วโรปการ กระทรวงการต่างประเทศ ทักษะการอ่านและทักษะการฟัง อย่างน้อยระดับ B ๑ หรือมีผลการทดสอบภาษาอังกฤษ TOEFL หรือ IELTS หรืออื่น ๆ อย่างใดอย่างหนึ่ง และผลการทดสอบดังกล่าวต้องมีอายุไม่เกิน ๒ ปี นับจากวันที่เข้ารับการทดสอบ ทั้งนี้ ผู้สมัครรับทุนต้องรับผิดชอบค่าเบี้ยเลี้ยงรายวันเอง และกรมความร่วมมือระหว่างประเทศจะรับผิดชอบค่าเดินทางไป - กลับระหว่างประเทศให้ ซึ่งมีคุณสมบัติของผู้สมัครรับทุนตามที่กำหนด ดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้สมัครตามที่แหล่งทุนกำหนด ดังนี้

- ๑.๑ ต้องสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีในสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องกับหลักสูตรหรือเทียบเท่า
- ๑.๒ มีประสบการณ์เกี่ยวกับหลักสูตรเป็นเวลาอย่างน้อย ๒ ปี
- ๑.๓ มีความรู้ความชำนาญการใช้ภาษาอังกฤษ

๒. คุณสมบัติของผู้สมัครตามข้อกำหนดของกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ ดังนี้

๒.๑ ผู้สมัครขอรับทุนจะต้องเป็นข้าราชการพลเรือนตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไปหรือเทียบเท่า หรือมีคุณสมบัติอื่น ๆ ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบว่าด้วยการให้ข้าราชการไปศึกษา ฝึกอบรม และดูงาน ณ ต่างประเทศ (กษต)

๒.๒ จะต้องได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการหรือโอนมาปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เสนอชื่อสมัครรับทุนแล้วไม่น้อยกว่า ๑ ปี นับถึงวันที่ปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

๒.๓ ไม่อยู่ในระหว่างการสมัครขอรับทุนอื่นที่อยู่ในความดูแลของกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ (ทุนประเภท ๑ (ข))

๒.๔ กรณีเคยได้รับทุนประเภท ๑ (ข) ไปศึกษา ณ ต่างประเทศ จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๒ ปี และในกรณีที่เคยได้รับทุนไปฝึกอบรมจะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี และในกรณีที่เคยได้รับทุนสัมมนา/ดูงานที่มีระยะเวลาเกินกว่า ๑ เดือน จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี นับถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

๒.๕ กรณีเคยได้รับทุนประเภท ๑ (ข) ไปศึกษาในประเทศ จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๑ ปี และในกรณีที่เคยได้รับทุนไปฝึกอบรม และสัมมนาหรือดูงาน จะต้องกลับมาปฏิบัติงานแล้วไม่ต่ำกว่า ๖ เดือนและ ๓ เดือน ตามลำดับ นับถึงวันปิดรับสมัครของกรมความร่วมมือระหว่างประเทศ

๒.๖ กรณีเคย...

๒๐ กพ. ๒๕๖๐

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)..... email :.....
บุคคลที่ผู้สมัครรับทุนประสงค์จะให้ติดต่อในกรณีเร่งด่วน : 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 อยู่ในระหว่างการสมัครรับทุนจากองค์กร/รัฐบาลอื่นหรือไม่

☐ ไม่อยู่ระหว่างการสมัครรับทุนอื่น

☐ อยู่ระหว่างการสมัครรับทุน.....

.....

ส่วนที่ ๕: ประวัติการทำงาน (อดีตและปัจจุบัน)

ตำแหน่ง	ระยะเวลา (วัน/เดือน/ปี)	หน่วยงาน	หน้าที่ความรับผิดชอบ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้าเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามคุณสมบัติของผู้สมัครรับทุนที่กรมความร่วมมือระหว่างประเทศ
ได้แจ้งเวียนให้ทราบ และข้อความที่แจ้งไว้ในแบบพิมพ์นี้ถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ หากปรากฏภายหลังว่าไม่
เป็นไปตามที่ข้าพเจ้ารับรองไว้ ให้ถือว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัครรับทุนครั้งนี้

(ลงชื่อผู้สมัครรับทุน).....

(.....)

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



MASHAV
Israel's Agency for International Development Cooperation
Ministry of Foreign Affairs
Jerusalem

Dear Applicant,

Thank you for applying for a professional training program in Israel. In order for us to consider your application, please complete the enclosed form and return it to the nearest Israeli representative (embassy or other).

Please make sure that all the required information has been provided in detail. Please type your answers. This will facilitate the application process and enable us to make our decision in as short a time as possible.

Only candidates who are accepted will be notified by the Israeli representative.
 Thank you for your cooperation.

ESSENTIAL:

This application form must be TYPED IN THE LANGUAGE OF THE PROGRAM, and accompanied by the following:

- Completed and approved medical certificate form (attached).
- Certificate of language proficiency (If the language of the program is not your mother tongue or the official language of your country).
- Photocopy of the relevant highest academic degree obtained translated to the language of the program.
- A passport photo.
- Two letters of recommendation from present employers or relevant affiliation.
- These forms should reach the nearest Israeli representative at least ten weeks prior to the opening of the program.

FOR OFFICIAL USE ONLY

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת _____ תאריך קבלת השאלון _____

ראיינתי את המועמד/ת שם פרטי _____ שם משפחה _____ אישית/טלפוני _____

הערכת המועמד/ת והתאמה לקורס: _____

שם _____	תפקיד _____	חתימה _____	חותמת השגרירות _____
----------	-------------	-------------	----------------------

- נא לשלוח עותק אחד במייל למשי"ב ובמקביל לשלוח עותק במייל לשלוחה הרלוונטית. עותק קשיח יישאר בנציגות.
- שאלונים שלא ימולאו במלואם כולל חלק זה בעברית לא יטופלו.

**Passport
Photo**

1. General

Name of the training program _____

Name of training institution in Israel _____

Dates: _____ Language of the course _____

Financial arrangements:

Flight ticket will be paid by _____

Tuition and accommodation will be covered by _____

2. Personal Data

Surname _____ Given Names _____

Country _____ Citizenship _____

Religion _____ Passport No. _____

Date of Birth _____ Gender: Male / Female

Home address _____

Telephone (country code _____) (area code _____) Number _____

Cell phone (country code _____) (area code _____) Number _____

Fax _____ e-mail _____

3. Education

	Institute	Location	Year	Field of Expertise	Degree
Higher Education					
Academic Degrees: First					
Second					
Third					

4. Other studies / courses / seminars relevant to the program (Last 10 years)

Subject of course	Country	Organized by	Duration of studies	Year

5. Previous Studies in Israel

Subject of course	Year	Training Institute

Name of applicant _____

6. Computer Proficiency

No _____ Yes _____

If yes, please specify (Word, Excel, etc.) _____

7. Knowledge of languages

Mother Tongue _____

Language of the program	Reading			Speaking			Writing		
	Fair	Good	V. Good	Fair	Good	V. Good	Fair	Good	V. Good

8. Employment

Full Name of Institution _____

Type of Institution: Government / NGO / Private / Other _____

Address _____

Telephone _____ Fax: _____ e-mail _____

Present Position and description of your responsibilities _____

9. Former places of Employment

Name of Institution	Dates From-To	Position held

Name of applicant _____

10. References: Please list two people who are acquainted with your professional qualifications

Reference 1

Name	Position
Telephone number Country code area code number	Cell phone number Country code area code number
Fax number Country code area code number	e-mail address

Reference 2

Name	Position
Telephone Number Country code area code Number	Cell phone Number Country code area code Number
Fax Number Country code area code Number	e-mail address

DECLARATION

TRAINING PROGRAM _____ Date _____

I, the undersigned, Mr./Mrs./Miss _____ of (country) _____
in submitting my application for study and/or training in Israel as described earlier, declare as follows:

- (A) I UNDERSTAND that it is the intention of the government of Israel to enable me, if I should be found suitable, to participate in a period of study and/or training in Israel as part of the cooperation between the Government of Israel and my country.
- (B) I AM FULLY AWARE that the training opportunity given to me is designed for the benefit of my country's development. I, therefore, pledge to participate fully in all studies offered and to comply with all regulations established by the professional institution hosting the training program.
- (C) I CLEARLY UNDERSTAND that the purpose of my visit to Israel is to study and/or train. Therefore I will refrain during my stay in Israel from engaging in any political activity and/or gainful employment.
- (D) I AM FULLY AWARE that my stay in Israel may be discontinued if I should commit any infraction of my undertaking in this declaration, and/or of the Israel civil or criminal law, and/or break the rules and regulations of the school or institute where I will be studying and/or training.
- (E) I UNDERTAKE to return to my country upon the completion of my studies, as stipulated by the Government of Israel and the supervisors of my training program.
- (F) I UNDERSTAND that the Government of Israel cannot in any way be held responsible for the material needs of my family during my stay in Israel, nor for my employment upon my return to my country.
- (G) I AM FULLY AWARE that the legal, financial, and moral responsibility of the Government of Israel ends with the conclusion of the training program.
- (H) I AM - to the best of my knowledge - of healthy body and mind and do not require any medical treatment or attention.
- (I) I UNDERTAKE to submit to a further medical examination before or during my studies when required to do so by the Government of Israel.
- (J) I AM FULLY AWARE that the institute does not bear any responsibility whatsoever for my money, valuables, documents etc. Similarly, the institute bears no responsibility whatsoever for loss of money, valuables, documents, etc.
- (K) (FOR WOMEN) I AM NOT - to the best of my knowledge - pregnant, and I understand that I am liable to be sent home in case of pregnancy.
- (L) I UNDERSTAND that the organizers do not accept any responsibility for the treatment of chronic diseases, dental treatment or eye glasses during my stay in Israel.
- (M) I ALSO UNDERSTAND that my personal belongings are not insured by the organizers.
- (N) I HEREBY CERTIFY that all information and documents presented are correct and truthful.
- (O) I AM FULLY AWARE that it is my responsibility to obtain the name and location of the Israeli institute to which I am going, its address and how to arrive there.

(P) I UNDERSTAND that all the financial arrangements have been finalized with the Israeli Representative before my arrival in Israel.

(Q) I FULLY UNDERSTAND that, unless stated otherwise, the insurance policy under which I shall be insured by the Israeli institute covers me only during the period of the course/program within the area of the State of Israel.

I confirm hereby my full agreement to these conditions.

Name and surname of applicant _____

Signature of applicant _____

Date _____ Place _____

Please write a short paragraph describing your expectations from the training program including the direct contribution of the program to your field of work, as well as future plans after completion of the program.

Please write a very short autobiography

Declaration of State of Health

This form is designed for men and women alike.
Please fill out this form accurately and completely.



First name: _____ Last name: _____

Passport no. _____ Date of birth: _____

Please answer the following questions by marking the appropriate box.

A Health Statement		yes	no
Have you been referred during the last two years for medical and/or diagnostic tests that have not yet been completed and regarding which no final diagnosis has been made, involving any of the following procedures: catheterization, scanning, echocardiography, MRI, CT, ultrasound (other than as part of routine prenatal monitoring), biopsy, occult blood, colonoscopy, gastroscopy, blood tests, urine tests?			
Have you been diagnosed with a disease, condition, or disorder associated with one or more of the following:			
Nervous system (neurology) and brain: nervous system, CVA (cerebrovascular accident), multiple sclerosis, muscular dystrophy			
Renal failure			
Respiratory system: COPD (chronic obstructive pulmonary disease), cystic fibrosis			
Malignant disease or tumor (cancer)			
Disease of the immune system: Lupus			
Heart disease			
Sexually-transmitted disease (including AIDS and/or HIV carrier)			
Infectious diseases:			
Tuberculosis <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			
Hepatitis B virus <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			
Hepatitis C virus <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> no			
Have you been diagnosed as suffering a mental disease			
For women only - Are you pregnant			
Signature of Applicant: _____		Date: _____	

B Declaration of the Insurance Applicant	
<p>1. The information included in this document is essential in order to insure you under the policies and for all other matters related to policies and their handling. The Company and other companies in the Harel Group (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd. and its subsidiaries) and/or anyone on their behalf will use it, including processing, storing, and using it for any matter related to the policies and other legitimate purposes, including the provision of the information to third parties acting on behalf of and in the name of the Harel Group.</p> <p>2. I/we hereby declare that all the answers are correct and full and have been provided of my/our own free will.</p> <p>3. The answers specified in the Health Declaration and any other information provided to the company, as well as the accepted terms of the company regarding this matter shall serve as fundamental terms of the insurance contract between you and the company and shall constitute an integral part therefore.</p> <p>4. The company is permitted to decide whether to accept or deny your application. For your information, the insurance contract will become effective only after the company issues written confirmation of acceptance of all the applicants for insurance.</p> <p>5. Waiver of medical confidentiality: I, the undersigned, hereby give permission to the HMO (kupat hollim) and/or its medical institutions and/or the all other physicians and psychiatrists, medical institutions and hospitals, and/or any other insurance company and/or any institution and other party, insofar as necessary in order to examine the rights and obligations according to the policy and/or for the purpose of the procedure of examining of my acceptance for the insurance requested, to provide Harel with all the information and details held by the company, without exception, in the form requested by the Requester/s, regarding my health condition, including any disease that I suffered from in the past and/or that I suffer now and/or that I will suffer in the future, and I relieve you from the duty of maintaining medical confidentiality and waive confidentiality in favor of the "Requester". This waiver is binding of my/our estate and my legal representatives and anyone substituting for me.</p>	
<p>Signature of Applicant: _____</p> <p>Date: _____</p>	

แบบกรอกประวัติผู้ขอสมัครทุนรัฐบาล

หลักฐานที่..... น ประเทศ..... ระหว่างวันที่.....

ของสำนัก/ กอง.....		ประวัติการที่ เกี่ยวข้องกับสาขาวิชาที่ สมัครรับทุน	ประโยชน์ของการฝึกอบรมที่สมัครรับทุนที่มีต่องานหรือตำแหน่งที่ดำรงอยู่
หน้าที่ความรับผิดชอบในงานปัจจุบัน(ระบุเป็นข้อ ๆ ให้ชัดเจน)			

หมายเหตุ กรุณากรอกรายละเอียดสำหรับผู้รับทุนไปศึกษา / ฝึกอบรม และดูงาน ณ ต่างประเทศ (ครั้งล่าสุด)

ไปศึกษา / ฝึกอบรม และดูงาน หลักสูตร..... รวมระยะเวลา ปี เดือน วัน

ระหว่างวันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. ณ ประเทศ.....

ด้วยทุน.....

๑.ขอรับรองว่าประโยชน์ของการศึกษาที่สมัครรับทุนที่มีต่องานหรือตำแหน่งที่ดำรงอยู่

๒.ขอรับรองว่ามีผู้ปฏิบัติงานเพียงพอไม่เสียหายกับทางราชการและไม่มีการขออัตรากำลังเพิ่ม

(ลงชื่อ) ผู้กรอกข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง (ลงชื่อ).....ผอ.สำนัก/กอง

วันที่ (.....)

วันที่.....

ฝ่ายฝึกอบรมภายนอกและจัดการความรู้ ส่วนพัฒนาทรัพยากรบุคคล สำนักบริหารทรัพยากรบุคคล

