



๑๘ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง การจัดงาน OTOP CITY 2020

เรียน นายอำเภอทุกอำเภอ (ยกเว้น โคนสูง และอำเภอวัฒนานคร)

อ้างถึง หนังสือจังหวัดสระแก้ว ที่ สก ๐๐๑๙/ว ๓๒๘๒ ลงวันที่ ๑๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. รายชื่อกลุ่มเป้าหมาย จำนวน ๑ ฉบับ  
๒. แบบประเมินคัดกรองฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่ จังหวัดสระแก้ว มอบหมายสำนักงานพัฒนาชนบทอำเภอ คัดเลือกผู้ผลิตผู้ประกอบการ OTOP ที่มีคุณสมบัติ ในระดับ ๓ - ๕ ดาว เข้าร่วมกิจกรรมงาน OTOP CITY 2020 ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๓ นั้น

บัดนี้ กรมการพัฒนาชุมชนได้การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมเรียบร้อยแล้ว จังหวัดสระแก้ว ขอให้อำเภอมอบหมายสำนักงานพัฒนาชนบทอำเภอ แจ้งประสานกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมประชุมชี้แจงแนวทางการเข้าร่วมกิจกรรม OTOP CITY 2020 ในวันอังคารที่ 15 ธันวาคม 2563 เวลา 10.30 น. ณ ห้องประชุมสำนักงานพัฒนาชนบทชั้น 4 ศาลากลางจังหวัดสระแก้ว

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ

ขอแสดงความนับถือ

สม

(นายถวิล ยี่ล้นแสง)  
พัฒนาการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน  
ผู้ว่าราชการจังหวัดสระแก้ว

สำนักงานพัฒนาชนบทจังหวัด  
กลุ่มงานส่งเสริมการพัฒนาชนบท  
โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๓๗๔๒-๕๐๕๗-๘

เศรษฐกิจฐานรากมั่นคงและชุมชนพึ่งตนเองได้  
ภายในปี ๒๕๖๕



Change for Good

แบบบัญชีรายชื่อผู้ผลิตผู้ประกอบการ OTOP ระดับ ๓ - ๕ ดาว เข้าร่วมแสดงและจำหน่ายผลิตภัณฑ์ OTOP

งาน OTOP CITY 2020

ระหว่างวันที่ ๑๙ - ๒๗ ธันวาคม ๒๕๖๓

ประเภทผู้ผลิต ผู้ประกอบการ OTOP ๕ ประเภทผลิตภัณฑ์

ที่	รหัสผู้ประกอบการ	ชื่อผู้ผลิต ผู้ประกอบการ OTOP	ประเภทผลิตภัณฑ์	ชื่อผลิตภัณฑ์	ระดับดาวที่ได้รับ	รหัสกำกับสินค้า	บ้านเลขที่	หมู่ที่	ตำบล	อำเภอ	จังหวัด	เบอร์โทรศัพท์
๑	2706000036	มาลีเล่น	อาหาร	เมล่อน, เมล่อนปั่น	5	C	11	11	ปากห้วย	อัญประเทศ	สระแก้ว	๐๘๒-๕๒๕๕๕๖๔
๒	2709000001	นางจระภา พันธุ์เพ็ง	เครื่องดื่ม	น้ำดื่มบอร์รี่	๓	I	๑๒๑	๑๒	วังทอง	วังสมบูรณ์	สระแก้ว	๐๘๔-๗๓๘-๕๕๗๔
๓	2704000010	กลุ่มทอผ้าบ้านวังยาว	ผ้าและเครื่องแต่งกาย	ผ้าขาวม้า	๔	L	๕๗	๓	คลองหินปูน	วังน้ำเย็น	สระแก้ว	๐๘๙-๕๐๗๗๑๔๒
๔	2707000043	ใบบัวผ้าไทย	ผ้าและเครื่องแต่งกาย	ใบบัวผ้าไทย	๓	M	๑๐๓	๖	เขามกรรจ์	เขามกรรจ์	สระแก้ว	๐๘๗-๑๓๘-๕๕๑๖
๕	2707000097	นางพิมพ์ทัย อารีหทัยรัตน์	ผ้าและเครื่องแต่งกาย	สร้อยคอเงิน	๕	P	๓๕๘/๑	๓	เขามกรรจ์	เขามกรรจ์	สระแก้ว	๐๘๖-๗๒๗-๐๔๕๗
๖	2706000004	อโณชาใหม่ไทย	ผ้าและเครื่องแต่งกาย	เสื้อสำเร็จรูป	5	M	26/1	-	ถ.กิโลเมตร 3	อัญประเทศ	สระแก้ว	๐๖๒-๔๓๗๘๓๕๓
๗	2701000001	หัตถกรรมบ้านลูกบิดทราวาทิน สีทินหยก	ผ้าและเครื่องแต่งกาย	สร้อยลูกบิดหินสี	๓	P	๑๔/๒		สระแก้ว	เมืองสระแก้ว	สระแก้ว	๐๘๓๑๑๖๗๓๙
๘	2703000008	นายอนันต์ เกนนอน	ของใช้	เพอร์นิเจอร์ไม้	๓	Q	๖๖	๑	ทัพไทย	ตาพระยา	สระแก้ว	๐๘๕๗๗๒๒๕๑
๙	2704000021	กลุ่มจักสานไม้ห่มเขรามิก	ของใช้	จักสานไม้ห่มปากกา	๔	R	๔๒	๑๓	พุมทาจรัญ	วังน้ำเย็น	สระแก้ว	๐๘๕-๒๓๙๘๘๒๑
๑๐	2704000052	นางสาวสุชาดา ปลาทอง	ของใช้	ชั้นตัวทิวากของ	๔	Q	๕๘๙	๒	วังน้ำเย็น	วังน้ำเย็น	สระแก้ว	๐๘๖-๑๔๙๓๒๒๑
๑๑	2706000003	ป้าไม่เมืองอรัญ	ของใช้	ป้ายไม้เก่า	4	Q	111	10	คลองน้ำใส	อัญประเทศ	สระแก้ว	๐๘๕-๐๘๕๕๕๒๓
๑๒	2709000061	นางสาวเนตขรณ์ พุดหอม	ของใช้	กระเป๋าสะพายผ้าอเนกประสงค์	3	V	90	9	วังทอง	วังสมบูรณ์	สระแก้ว	081 843 0190
๑๓	2702000006	ห้างหุ้นส่วนจำกัด วี แคร่ พลัส	สมุนไพร	ออบนิคเซิร์ม, อยาครีม ออบนิคโรเซบอร์รี่	๕	Y	๔๘๗	๑	คลองหาด	คลองหาด	สระแก้ว	๐๘๙-๒๕๓๗๖๖๖
	2701000053	แคร์สกิน ทงก. ✓	สมุนไพร	C Vite body gel,	๕	Y	๓๖๙/๑๘๘	๑๑	สระแก้ว	เมืองสระแก้ว	สระแก้ว	๐๘๑๙๘๕๔๘๙
๑๔	2701000015	เครื่องหอมเมืองสระแก้ว	สมุนไพร	ออกานิค อะโรมาติก มาสสาจ บาล์ม,	๕	Y	๕๕๓		สระแก้ว	เมืองสระแก้ว	สระแก้ว	๐๘๑๙๖๒๒๘๒๒

ลงชื่อ.....ถวิล ยี่สุ่นแสง.....(ผู้รายงาน)

(นายถวิล ยี่สุ่นแสง)

ตำแหน่ง พัฒนาการจังหวัดสระแก้ว

วันที่.....๒๕.....พฤศจิกายน ๒๕๖๓

๐. 1  
๑. 1  
๗. 5  
๘. ๗. ๕  
๙. 5

ส่งให้กรมการพัฒนาชุมชน ภายในวันพุธที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ otop.northeast@gmail.com

ภาคกลาง otop.central@gmail.com

ภาคเหนือ otop.north@gmail.com

**แบบประเมินคัดกรองผู้รับบริการก่อนการให้บริการ**

วัตถุประสงค์: แบบสอบถามก่อนเข้าใช้บริการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนี้ เพื่อคัดกรองให้เกิดความปลอดภัยแก่ ผู้มาใช้บริการและผู้เกี่ยวข้อง แบบสอบถามนี้เป็นการประเมินตนเองเบื้องต้นเท่านั้น การตัดสินใจให้บริการทาง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของผู้ให้บริการ

ชื่อ-สกุล.....เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้.....

ที่ตั้งเลขที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....เลขที่Passport(กรณีชาวต่างชาติ).....

ค่าจ้าง โปรตุเกส/เครื่องหมาย / ลงใน (ใช่) หรือ (ไม่ใช่) หรือเติมข้อความในช่องว่างที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ลำดับที่	รายละเอียด/ประวัติอาการและอาการแสดง	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	มีไข้ $\geq 37.3$ องศาเซลเซียส			
2	2.1 สัมผัสหรืออยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยโรคโควิด-19			
	2.2 มีประวัติเดินทางกลับจากต่างประเทศ (ถ้ามีระบุประเทศ.....ถึงไทย ณ วันที่.....)			
	2.3 มีประวัติเดินทางออกนอกพื้นที่อาศัยอยู่ภายใน 14 วัน (เดินทางไปอำเภอ.....จังหวัด.....วันที่ไป.....)			
3	ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่			
	3.1 รู้สึกครั่นเนื้อครั่นตัวอ่อนเพลีย			
	3.2 ไอ/ไอแห้ง/ไอมีเสมหะ			
	3.3 มีน้ำมูก			
	3.4 เจ็บคอ			
	3.5 ปวดศีรษะ			
	3.6 หายใจลำบาก/หอบเหนื่อย/เจ็บหน้าอก			
	3.7 มีอาการได้ยินเสียงที่ผิดปกติหรือเริ่มมีปัญหาการได้ยิน			
	3.8 จมูกไม่ได้กลิ่น หรือได้กลิ่นลดลง			
	3.9 ลิ้นไม่รู้รส หรือลิ้นได้รับรูสน้อยลง			
	3.10 ท่านรับประทานยาอะไรบ้างเพื่อบรรเทาอาการในข้อ 3.1-3.9 เช่น.....			
4	ท่านเป็นบุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุขที่สัมผัสกลุ่มเสี่ยง ผู้ป่วยโควิดหรือไม่			

