

๒๕๕๒

๑) เรียน รปส.(นายไพฑูรย์ฯ)

สำนักงานประกันสังคม ขอเชิญเข้าร่วม
โครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก
ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ และขอ
อนุญาตจัดโปรแกรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ
ระหว่าง ๑ ก.ย.-๓๐ พ.ย.๕๒ (ดังที่แนบ)

โครงการเชิงปฏิบัติการดังกล่าว
เห็นสมควรให้สำนัก/กอง ส่งผู้ประกันตน
เข้าร่วมโครงการฯ หน่วยงานละ 3 คน
จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และส่ง
รายชื่อให้ สลก.ภายในวันที่ ๑๑ ก.ย.๕๒

นางทัศนีย์ ไตรอรุณ

ลก.

๙ ก.ย.๕๒

๓) - 1. ให้มอบหมายให้สำนัก/กอง ส่งผู้ประกันตน
เข้าร่วมโครงการฯ 3 คน
- มอบ สลก. พิมพ์/ส่ง/รับ
นางทัศนีย์ ไตรอรุณ
(นายไพฑูรย์ ศรีรอด)
รองอธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

๑๑ ก.ย. ๒๕๕๒

๒) ที่ นร ๐๒๐๑..๐๑/ว ๒๑๖๕

เรียน ผู้อำนวยการสำนัก/กอง และหน่วยหัวหน่วยงาน
เพื่อโปรดทราบ และส่งเจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน
เข้าร่วมโครงการดังกล่าว สำนัก/กองหน่วยงานละ
๓ คน และส่งรายชื่อ ให้ สลก.รวบรวม ภายใน
วันที่ ๑๔ ก.ย.๕๒

นางทัศนีย์ ไตรอรุณ

ลก.

๑๑ ก.ย.๕๒

รปส.(นายไพฑูรย์ ศรีรอด) ๓๕๘๙๗
๑๐ ก.ย. ๒๕๕๒

ที่ รง ๐๖๑๘/ ๐.๕๖๖



กรมประชาสัมพันธ์	
รับที่	35897
วันที่	๓๑ ก.ค. ๖๒

13:58 น.

สำนักงานประกันสังคม

ถนนติวานนท์ นนทบุรี ๑๑๐๐๐

๑ กันยายน ๒๕๕๒

- ① เรื่อง ขอเรียนเชิญเข้าร่วมโครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ และขออนุญาตจัดโปรแกรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ

เรียน อธิบดีกรมประชาสัมพันธ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. กำหนดการ “โครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ”
๒. แบบตอบรับโครงการฯ

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้ดำเนินการโครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ประกันตนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และโรคเบาหวาน เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายในกลุ่มผู้ประกันตน และสามารถนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ โดยผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้ประกันตนซึ่งไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ คน

ในการนี้ สำนักงานประกันสังคม โดยสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓ จึงขอเรียนเชิญหน่วยงานของท่านจัดผู้ประกันตนเข้าร่วมโครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ ระหว่างวันที่ ๑ กันยายน ถึง ๓๐ พฤศจิกายน ๒๕๕๒ และขออนุญาตจัดโปรแกรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการตามโครงการฯ ดังกล่าว จำนวน ๑ รุ่น ใช้เวลาวันละ ๒ วัน จำนวนผู้ประกันตนไม่น้อยกว่า ๕๐ คน รายละเอียดตามสิ่งที่มาด้วย ๑ และโปรดแจ้งให้สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓ ทราบ ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๒ ตามแบบตอบรับโครงการฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ ทั้งนี้ สำนักงานฯ จักได้ประสานการดำเนินกิจกรรมต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางประภา ศิริวัชรินทร์)

ผู้อำนวยการสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓
ปฏิบัติราชการแทน เลขาธิการสำนักงานประกันสังคม

สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓

โทร ๐๒-๒๔๘-๔๘๖๗ ต่อ ๖๐๖, ๖๐๘

กำหนดการ “โครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรค ในสถานประกอบการ”

วันแรก

- ๐๘.๐๐ – ๐๘.๓๐ น. - ลงทะเบียนเข้ารับการอบรม / ทำแบบประเมินก่อนอบรม
- ๐๘.๓๐ – ๑๐.๓๐ น. - แนะนำโครงการฯ และเผยแพร่เอกสารความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ
 - ประเมินสุขภาพร่างกายเบื้องต้นก่อนเข้ารับการอบรมเชิงปฏิบัติการ (ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง วัดรอบเอว วัดความดันโลหิต)
 - ความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง
 - โรคอ้วน และภาวะแทรกซ้อน
- ๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. - รับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
- ๑๐.๔๕ – ๑๒.๐๐ น. - ประเมินภาวะโภชนาการ การคำนวณ BMI และพลังงานที่ควรได้รับ
- ๑๒.๐๐ – ๑๒.๓๐ น. - รับประทานอาหารกลางวันสุขภาพ
- ๑๒.๓๐ – ๑๓.๓๐ น. - สาเหตุที่ทำให้ภาวะน้ำหนักเกิน และผลเสียของการลดน้ำหนักที่ไม่ถูกต้อง
 - การทำแบบบันทึกอาหารเพื่อติดตามและประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคเป็นรายบุคคล
- ๑๓.๓๐ – ๑๔.๓๐ น. - ประเมินภาวะโภชนาการ และประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภค
- ๑๔.๓๐ – ๑๔.๔๕ น. - รับประทานอาหารว่าง-เครื่องดื่ม
- ๑๔.๔๕ – ๑๖.๓๐ น. - อาหารลดน้ำหนัก การบรรยายและสาธิตการปรุงประกอบอาหารไขมันต่ำ และการประมาณสัดส่วนตามแคลอรี

วันที่สอง

- ๐๘.๓๐ – ๑๐.๓๐ น. - การออกกำลังกายเพื่อการลดน้ำหนัก
 - วิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย พร้อมการสาธิต
- ๑๐.๓๐ – ๑๐.๔๕ น. - รับประทานอาหารว่าง-เครื่องดื่ม
- ๑๐.๔๕ – ๑๒.๐๐ น. - การจัดการความเครียดและอารมณ์ที่นำไปสู่การกินเกิน
 - ประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้เข้าร่วม โปรแกรม
- ๑๒.๐๐ – ๑๒.๓๐ น. - รับประทานอาหารกลางวันสุขภาพ
- ๑๒.๓๐ – ๑๔.๐๐ น. - สรุปผลการประเมินด้านความรู้และการปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พร้อมเสนอแนวทางที่เหมาะสม
- ๑๔.๐๐ – ๑๔.๑๕ น. - รับประทานอาหารว่าง-เครื่องดื่ม
- ๑๔.๑๕ – ๑๕.๐๐ น. - กิจกรรมสัมพันธ์

แบบตอบรับ

โครงการประกันสังคมรวมพลัง ลดน้ำหนัก ป้องกันโรคในสถานประกอบการ

.....

ส่วนราชการ.....

เลขที่.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....โทรสาร.....

ชื่อผู้ประสานงาน.....โทรศัพท์.....

- ☐ ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ และอนุญาตให้จัดโปรแกรมการให้ความรู้เชิงปฏิบัติการแก่ผู้ประกันตน (ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ไม่น้อยกว่า ๕๐ คน)
ในวันที่.....(จำนวน ๒ วัน)

- ☐ ไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการฯ

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ

- โปรดส่งกลับไปยังสำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓
ภายในวันที่ ๑๕ กันยายน ๒๕๕๒
ตามที่อยู่ สำนักงานประกันสังคมเขตพื้นที่ ๓
บริเวณกระทรวงแรงงาน ถนนมิตรไมตรี
เขตดินแดง กรุงเทพฯ ๑๐๔๐๐
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๒-๒๔๕-๑๒๒๐ ต่อ ๖๐๖, ๖๐๘ โทรสาร ๐๒-๒๔๕-๓๔๘๓
- ผู้ประสานงาน นางเนือทิพย์ กลั่นใจ และนางรุ่งนภา ประเคนรี