

ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

สมัครที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

1. ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร..... อายุ..... ปี ศาสนา.....
2. ลักษณะความพิการ (โดยละเอียด).....
3. ชื่อบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง/ผู้ดูแลคนพิการ.....
อายุ..... ปี ความสัมพันธ์..... อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
เบอร์โทรศัพท์.....
4. ชื่อสามี/ภรรยา..... อายุ..... ปี อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี
5. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... ถนน..... ตรอก / ซอย.....
แขวง / ตำบล..... เขต / อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์..... เบอร์โทรศัพท์.....
6. ชื่อผู้ติดต่อเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน ชื่อ..... สกุล.....
เบอร์โทรศัพท์..... ความสัมพันธ์.....
7. ประสบการณ์การประกอบอาชีพ มีประสบการณ์ทำงาน ระบุ.....
 ไม่มีประสบการณ์การทำงาน
8. สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอาชีพ.....
9. สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ (โปรดระบุหลักสูตรการเรียนที่ศูนย์พัฒนาศึกษากายและอาชีพคนพิการเปิดสอนเท่านั้น)
9.1.....
9.2.....
9.3.....
(หากไม่ผ่านการประเมินในหลักสูตรการเรียนที่ผู้สมัครไว้ ศูนย์ฯ จะพิจารณาให้ฝึกหลักสูตรการเรียนอื่นตามความเหมาะสมได้)
10. หลักฐานการสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ
10.1 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป
10.2 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการขนาด 4X6 นิ้ว จำนวน 1 รูป
10.3 บัตรสวัสดิการด้านพยาบาล(บัตรประกันสุขภาพคนพิการ)
10.4 บัตรประจำตัวประชาชน
10.5 ทะเบียนบ้าน
10.6 บัตรประจำตัวคนพิการหรือสมุดประจำตัวคนพิการ
10.7 วุฒิการศึกษาหรือหนังสือรับรองการศึกษา
10.8 ใบรับรองแพทย์จากโรงพยาบาลรัฐบาล
10.9 อื่น ๆ

(ลงชื่อ)..... ผู้สมัคร

ส่วนนี้สำหรับผู้จัดบันทึก

การวินิจฉัยเบื้องต้น.....

(ลงชื่อ)..... ผู้วินิจฉัย

(.....)

ตำแหน่ง.....