

ออกเยี่ยมบ้าน / เก็บข้อมูลคนพิการและผู้ด้อยโอกาสเพื่อส่งต่อความช่วยเหลือ



กรณีนอน รพ.

อาคารจัดกิจกรรมเป็นพื้นราบคนพิการร่วมกิจกรรมได้



อำนวยความสะดวกให้กับคนพิการ



ใบสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ
ศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการ จังหวัดขอนแก่น

ทะเบียน

□□-□□□□

- ชื่อ - สกุล ผู้สมัคร.....ชื่อเล่น.....
ลักษณะความพิการ.....สาเหตุของความพิการ.....
เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....ศาสนา.....
ระดับการศึกษา.....สถาบันการศึกษา.....
- ภูมิลำเนาบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- ที่อยู่ปัจจุบัน สถานที่เดียวกันกับที่ระบุตามข้อ 2. (ข้ามไปตอบข้อ 4.)
บ้านที่เลข.....หมู่ที่.....บ้าน.....ตำบล.....อำเภอ.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
- สถานภาพ โสด สมรส อื่นๆ(ระบุ).....
ชื่อคู่สมรส.....มีบุตร.....คน อาชีพคู่สมรส.....
- ชื่อ-สกุล บิดา.....ประกอบอาชีพ.....
ชื่อ-สกุล มารดา.....ประกอบอาชีพ.....
- รับทราบข่าวการรับสมัครจากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 วิทยุ โทรทัศน์ website Facebook แผ่นพับ เพื่อน/ญาติ ผู้นำชุมชน
 อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- วิธีการสมัคร สมัครทางไปรษณีย์ สมัครด้วยตนเอง อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- สมัครเข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ
 แผนกช่างอิเล็กทรอนิกส์และเครื่องใช้ไฟฟ้า (1 ปี) แผนกคอมพิวเตอร์ (1 ปี)
 แผนกคอมพิวเตอร์กราฟิก (ปวช.3 ปี) แผนกช่างตัดผมชาย (6 เดือน) เกษตรระยะสั้น (5 วัน)
- เอกสาร/หลักฐานการสมัคร อย่างละ 1 ฉบับ
 สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการหรือสมุดประจำตัวคนพิการ สำเนาทะเบียนบ้าน สำเนาบัตรประชาชน
 รูปถ่ายหน้าตรง 1 นิ้ว 2 รูป รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการ ใบรับรองแพทย์ (ไม่เกิน 6 เดือน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และระหว่างการฝึกอบรมและพักอาศัยอยู่
ภายในศูนย์ฯ ยินดีปฏิบัติตามกฎ ระเบียบ ข้อบังคับของศูนย์ฯ หากทำผิดกฎ ระเบียบ ข้อบังคับ รวมถึงก่อให้เกิดความ
เสียหายต่อทรัพย์สินของทางราชการ ยินดีรับผิดตามกฎ และขอใช้ทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่รับสมัคร

(.....)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สำหรับผู้ปกครอง

ข้าพเจ้ายินดี ให้ผู้สมัครที่อยู่ในความปกครองของข้าพเจ้า เข้ารับการฝึกอบรมวิชาชีพ ณ ศูนย์พัฒนาศักยภาพ
และอาชีพคนพิการ จังหวัดขอนแก่น และหากเกิดการเจ็บป่วยจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาพยาบาล ยินดีให้ศูนย์ฯ
ดำเนินการแทนข้าพเจ้าได้ ทุกประการตามความเหมาะสม

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กิจกรรมตรวจสุขภาพคนพิการ

