

# 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..... อายุ.....ปี อาชีพ..... รายได้..... บาท/ปี

7. ประสบการณ์การประกอบอาชีพ  มีประสบการณ์ทำงาน ระบุ.....

ไม่มีประสบการณ์การทำงาน

8. สาเหตุที่เข้ารับการฝึกอาชีพ.....

9. สมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ (โปรดระบุสาขาวิชาชีพและศูนย์พัฒนาศักยภาพและอาชีพคนพิการที่สมัคร)

9.1.....

9.2.....

9.3.....

(หากไม่ผ่านการประเมินในหลักสูตรการเรียนที่ผู้สมัครไว้ ศูนย์ฯจะพิจารณาให้ฝึกหลักสูตรการเรียนอื่นตามความเหมาะสมได้)

10. หลักฐานการสมัครเข้ารับการฝึกอาชีพ

10.1 รูปถ่ายหน้าตรงขนาด 2 นิ้ว (ถ่ายไว้ไม่เกิน 6 เดือน) จำนวน 2 รูป

10.2 รูปถ่ายเต็มตัวแสดงลักษณะความพิการและเครื่องช่วยความพิการและเครื่องช่วยความพิการขนาด 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.....