

เลขที่.....

ใบคำขอหนังสือรับรองคนพิการที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอ่างทอง

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว)สกุล.....

อายุ.....ปี เลขประจำประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□

ความสัมพันธ์กับผู้พิการ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

คนพิการชื่อ(นาย/นาง/นางสาว)สกุล.....

อายุ.....ปี เลขประจำประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□□

สภาพความพิการ..... หมายเลขโทรศัพท์.....

มีความประสงค์

.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

ลงชื่อ.....ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

เห็นควรดำเนินการตามคำขอ

ไม่เห็นควรดำเนินการตามคำขอ เนื่องจาก

.....
.....
.....

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ดำเนินการตามคำขอ

ไม่ดำเนินการตามคำขอ

อื่นๆ.....

เห็นควรดำเนินการตามคำขอ

ไม่เห็นควรดำเนินการตามคำขอ

อื่นๆ.....

ลงชื่อ.....

(นางวาสนา ทองจันทร์)

ตำแหน่ง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอ่างทอง

ลงชื่อ.....

(นางสาวนวิรัตน์ หมั่นดี)

ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัดอ่างทอง