

แบบฟอร์มการคัดเลือกกลุ่มประกอบอาชีพ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดนครนายก

คำชี้แจง โปรดระบุ กรณีเป็นกลุ่มที่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากโครงการส่งเสริมศักยภาพและพัฒนาอาชีพคนพิการ

1. ชื่อกลุ่มประกอบอาชีพ.....
☐ ไม่เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ
☐ เคยได้รับการสนับสนุนงบประมาณ เมื่อปีงบประมาณ.....
2. ชื่อประธานกลุ่ม (นาย/นาง/นางสาว).....เบอร์โทรศัพท์.....
3. สถานที่ตั้งกลุ่ม เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....
หมู่บ้าน.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....
โทรศัพท์.....โทรสาร.....
4. สมาชิกกลุ่ม
 - 1) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 2) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 3) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 4) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 5) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....
 - 6) นาย/นาง/นางสาว.....
☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
☐ ผู้ดูแลคนพิการ นาย/นาง/นางสาว.....

[illegible]

☐ คนพิการ (ระบุประเภทความพิการ).....
เลขบัตรประจำตัวคนพิการ

18) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

19) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

20) นาย/นาง/นางสาว.....

[illegible]

21) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ

22) นาย/นาง/นางสาว.....

เลขที่ตราประจำตัวคนพิการ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ □

23) นาย/นาง/นางสาว

เลขที่ : ระจำตัวคงพิจารณา

2d) រយៈពេល/រយៈពេល/រយៈពេល

[illegible]

25) រយៈពេល/រយៈពេល/រយៈពេល

[illegible]

5. กิจกรรมกลุ่ม (จัดทำผลิตภัณฑ์อะไร เช่น)

.....

.....

.....

.....

6. ระยะเวลาที่รวมกลุ่ม.....

7. ประสงค์ขอรับการสนับสนุนด้านใด

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการจังหวัดนครนายก

...../...../.....

โทร.....