

## ใบสมัครเข้ารับบริการ

หน่วยบริการสนับสนุนนักศึกษาพิการเรียนร่วม (DSS)

ศูนย์การศึกษาพิเศษ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

1. ชื่อ-นามสกุล.....ชื่อเล่น.....  
 เพศ.....วันเดือนปีเกิด.....  
 ที่อยู่ที่สามารถติดต่อ.....  
 เบอร์โทรติดต่อ.....
2. จบการศึกษา.....สถานศึกษา.....  
 สาย/สาขา.....เกรดเฉลี่ย.....  
 ความสามารถพิเศษ.....
2. บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่ .....
3. บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่ .....
- ประเภทความพิการ .....
- วันออกบัตร .....
- สถานที่ออกบัตร .....
4. ชื่อบิดา.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
 เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เบอร์ติดต่อ.....  
 อาชีพ.....ที่อยู่.....
5. ชื่อมารดา.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
 เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เบอร์ติดต่อ.....  
 อาชีพ.....ที่อยู่.....
6. สถานภาพ  อยู่ร่วมกัน  แยกกันอยู่  ทายาท
7. ชื่อผู้ปกครอง.....อายุ.....ปี สัญชาติ.....  
 เชื้อชาติ.....ศาสนา.....เบอร์ติดต่อ.....  
 อาชีพ.....ที่อยู่.....



8. สิ่งที่คุณสมัครประสงค์จะให้หน่วยบริการสนับสนุนนักศึกษาพิการช่วย

.....  
.....

ลงชื่อ.....(ผู้สมัคร)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หลักฐานประกอบการสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชน/บัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 2 ใบ
- สำเนาทะเบียนบ้านผู้สมัคร จำนวน 1 ใบ
- รูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 2 ใบ

ให้ลงลายมือชื่อ สำเนาถูกต้องทุกฉบับ