



ศูนย์บริการคนพิการ
สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

ศูนย์บริการคนพิการสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย
47 หมู่ 4 ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร.0-2525 2630 โทรสาร 0-2968 9667 083-122 2354

E-mail : ami_dmh@hotmail.com / www.amith.org

ใบสมัครผู้ช่วยคนพิการ (PA)

ชื่อ – สกุล (นาย/นาง/นางสาว)
เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... ศาสนา
วัน/เดือน/ปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน.....
สถานภาพ ☐ โสด ☐ สมรส ☐ หย่า
มีบุตรจำนวน คน / ชาย คน / หญิง คน
เบอร์โทรศัพท์.....
ใบรับรองขึ้นทะเบียนเป็นผู้ช่วยคนพิการเลขที่..... จังหวัด.....
ที่อยู่ปัจจุบัน / บ้านเลขที่ หมู่บ้าน/ชุมชน..... หมู่ที่.....
ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
การศึกษา
โรคประจำตัว
ความสามารถพิเศษ

ข้าพเจ้ายินดีที่จะปฏิบัติตาม กฎระเบียบ ข้อบังคับ ของสมาคมทุกประการ และขอรับรองว่าข้อความตามใบสมัครนี้เป็นจริงทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

ลงชื่อ ผู้รับสมัคร
(นางนันทนา รัตนกร)

ลงชื่อ ผู้สมัคร
()

ตำแหน่ง ผู้จัดการศูนย์บริการคนพิการ
สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย

วันที่ เดือน ปี

- ** หมายเหตุ
- รูปถ่ายขนาด 1.5 นิ้ว จำนวน 2 รูป
 - ต้องแนบบัตรประชาชน สำเนาทะเบียนบ้าน
 - ต้องแนบบใบประกาศที่ผ่านหลักสูตรผู้ช่วยคนพิการ จากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์