

ใบสมัคร

โครงการอบรมอาชีพเพื่อเตรียมเข้าสู่การทำงาน สำหรับบุคคลออทิสติก บุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้ณ มูลนิธิออทิสติกไทย.....

- ชื่อ-สกุล นาย นาง นางสาว.....อายุ.....ปี
- วันเดือนปี /เกิด.....เลขที่บัตรประชาชน
- ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่ หมู่ที่ ซอย..... ถนน.....
แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์..... โทรสาร.....
- ลักษณะความพิการ
 - บุคคลออทิสติก
 - บุคคลที่บกพร่องทางสติปัญญาหรือการเรียนรู้
 - ผู้ดูแลคนพิการตามกฎหมาย
- สนใจสมัครอบรมหลักสูตร
 - หลักสูตร E-Commerce และ Social media เพื่อการประกอบอาชีพอิสระ
- หลักฐานการสมัครที่เป็นผู้พิการ ขอให้ส่งเอกสารต่อไปนี้พร้อมกับใบสมัคร
 - สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ 5 ใบ
 - สำเนาบัตรประชาชนคนพิการ 5 ใบ
 - สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ 5 ใบ
 - รูปถ่าย 1 นิ้ว 5 ใบ
 - สำเนาบัตรประชาชนผู้ดูแล 1 ใบ
 - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล 1 ใบ
- หลักฐานการสมัครที่เป็นผู้ดูแลสมัคร ขอให้ส่งเอกสารต่อไปนี้พร้อมกับใบสมัคร
 - สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน 5 ชุด
 - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ จำนวน 5 ชุด
 - สำเนาทะเบียนบ้านคนพิการ จำนวน 5 ชุด
 - รูปถ่ายผู้พิการ 1 นิ้ว จำนวน 5 ใบ
 - บัตรประชาชนผู้ดูแล จำนวน 5 ใบ
 - สำเนาทะเบียนบ้านผู้ดูแล จำนวน 5 ใบ
 - ใบสมัครเข้าโครงการพัฒนาศักยภาพเพื่อการทำงาน จำนวน 1 ชุด

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่สมัคร.....