

ใบสมัครคัดเลือกคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ
เพื่อเข้ารับสิทธิในการใช้สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการของมหาวิทยาลัยในการประกอบอาชีพ
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา
(สำหรับคนพิการ)

กรุณาแนบรูปถ่าย

ชื่อ - นามสกุล :

วัน / เดือน / ปีเกิด :

เลขบัตรประจำตัวประชาชน :

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ :

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ หมู่ที่ ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์

รายละเอียดสินค้าหรือบริการ :

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบพบว่า มีข้อความอันเป็นเท็จหรือปัจจุบันท่านได้ใช้สิทธิในการใช้สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการของหน่วยงานอื่น มหาวิทยาลัยมีสิทธิขอเลิกสัญญาโดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

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

หมายเหตุ โปรดแนบเอกสารดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ ๑ ฉบับ

๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๑ ฉบับ