

ใบสมัครคัดเลือกคนพิการหรือผู้ดูแลคนพิการ  
เพื่อเข้ารับสิทธิในการใช้สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการของมหาวิทยาลัยในการประกอบอาชีพ  
มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา  
(สำหรับผู้ดูแลคนพิการ)

กรุณาแนบรูปถ่าย

ชื่อ - นามสกุล : .....

วัน / เดือน / ปีเกิด : ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน : .....

ท่านเป็นดูแลคนพิการ ชื่อ - สกุล : .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ : .....

เลขบัตรประจำตัวคนพิการ : .....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน .....

ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ .....

รายละเอียดสินค้าหรือบริการ :

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวทั้งหมดในใบสมัครนี้เป็นความจริงทุกประการ หากตรวจสอบพบว่า มีข้อความอันเป็นเท็จหรือปัจจุบันท่านได้ใช้สิทธิในการใช้สถานที่จำหน่ายสินค้าหรือบริการของหน่วยงานอื่น มหาวิทยาลัยมีสิทธิขอเลิกสัญญาโดยไม่ต้องจ่ายเงินชดเชยหรือค่าเสียหายใดๆ ทั้งสิ้น

ลงชื่อ ..... ผู้ดูแลคนพิการ

(.....)

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

หมายเหตุ โปรดแนบเอกสารดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ดูแลคนพิการ ๑ ฉบับ
๒. สำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ ๑ ฉบับ
๓. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนคนพิการ ๑ ฉบับ