

ทะเบียนควบคุมการจ่ายคูปองสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ  
และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ

สถานศึกษา.....สังกัด.....จังหวัด.....

ลำดับ ที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ - สกุลคนพิการ	คูปอง เลขที่ ถึงเลขที่	มูลค่ารวม ของจำนวน เงิน	ลายมือชื่อ ของผู้รับคูปอง	วัน เดือน ปี ที่รับคูปอง	หมายเหตุ

มอบให้คนพิการ/ ผู้ปกครองแล้วรวม.....ฉบับ คงเหลือ.....ฉบับ (ให้ระบุสาเหตุไว้ในช่องหมายเหตุ)

.....  
(.....)  
ผู้ดำเนินการ  
...../...../.....

.....  
(.....)  
ผู้บริหารสถานศึกษา  
...../...../.....