

แบบคำร้องขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... คนพิการ ผู้ปกครอง

(เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว).....เลขประจำตัวประชาชน

ขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงคูปอง ประจำปีการศึกษา(มูลค่าของคูปองที่ขอเปลี่ยนแปลงไม่มากกว่ามูลค่าของคูปองที่ขอยกเลิก)ดังรายการต่อไปนี้

คูปองที่ขอยกเลิก					เปลี่ยนแปลงคูปองเป็น				
เลขที่	จำนวน	รหัส	รายการ	มูลค่า (บาท)	เหตุผลการยกเลิก/ เปลี่ยนแปลง	รหัส	รายการ	จำนวน	มูลค่า (บาท)
รวม						รวม			

ได้ตรวจสอบคูปองที่ส่งคืนถูกต้องครบถ้วน
 ลงชื่อ..... ครูผู้รับผิดชอบ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....คนพิการ/ผู้ปกครอง
 (.....)

1. คณะกรรมการฯ เห็นสมควรให้เปลี่ยนแปลงรายการ ได้ ไม่ได้ เพราะ.....
2. อนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ.....
 ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษ.....