# แบบคัดลอกประวัติคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ (จากใบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35)

1. เลขที่บัตรนายจ้าง ..... ออกให้ ณ สำนักงานจัดหางานจังหวัด/สำนักจัดหางานกรุงเทพเขตพื้นที่ .....
2. เลขที่บัตรประชาชน หรือ เลขนิติบุคคล .....
3. ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ ..... ประเภทกิจการ .....
4. สถานที่ตั้ง เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....
   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....
5. ชื่อบุคคลที่ติดต่อ ..... วันที่ .....

| ลำดับที่ | ชื่อ – สกุล | เลขที่บัตรประจำตัวคนพิการ/ เลขที่บัตรประชาชนผู้ดูแลคนพิการ | หมายเลขโทรศัพท์ | ประเภทที่ขอใช้สิทธิตามมาตรา 35 | ผลการพิจารณา | | หมายเหตุ |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | ทำสัญญา | ไม่ทำสัญญา | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |