แบบคัดลอกประวัติคนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการ (จากใบขึ้นทะเบียนขอใช้สิทธิตามมาตรา 35)

1. เลขที่บัตรประชาชน หรือ เลขนิติบุคคล .....

2. ชื่อนายจ้าง/สถานประกอบการ/หน่วยงานของรัฐ ..... ประเภทกิจการ .....

3. สถานที่ตั้ง เลขที่ ..... หมู่ ..... ซอย..... ถนน ..... แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ ..... จังหวัด.....

   รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรสาร ..... E-mail .....

4. ชื่อบุคคลที่ติดต่อ ..... วันที่ .....

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