

แบบแจ้งความประสงค์ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการทำงาน ณ หน่วยงาน  
ตามที่สถานประกอบการให้สิทธิตามมาตรา 35 ประเภทการจ้างเหมาบริการ/การจ้างเหมาช่วงงาน

1. ชื่อหน่วยงาน .....  
ที่ตั้ง.....  
เบอร์โทรศัพท์.....  
E-mail.....  
ชื่อ-สกุล (ผู้ประสานงาน) นาย/ นาง/ นางสาว.....  
ตำแหน่ง.....  
เบอร์โทรศัพท์.....  
E-mail.....

2. ตำแหน่งงานที่ต้องการ

2.1 ตำแหน่ง..... จำนวน ..... อัตรา  
ลักษณะงานที่ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการปฏิบัติงาน.....  
.....  
.....

2.2 ตำแหน่ง..... จำนวน ..... อัตรา  
ลักษณะงานที่ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการปฏิบัติงาน.....  
.....  
.....

2.3 ตำแหน่ง..... จำนวน ..... อัตรา  
ลักษณะงานที่ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการปฏิบัติงาน.....  
.....  
.....

2.4 ตำแหน่ง..... จำนวน ..... อัตรา  
ลักษณะงานที่ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการปฏิบัติงาน.....  
.....  
.....

3.  ไม่ประสงค์ให้คนพิการ/ผู้ดูแลคนพิการทำงาน ณ หน่วยงาน

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูล  
(.....)

ตำแหน่ง.....