

แบบคำขอร้องยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... คนพิการ ผู้ปกครองของ
 (เด็กชาย/เด็กหญิง/นาย/นาง/นางสาว)..... เลขประจำตัวประชาชน.....
 ขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงคูปอง ประจำปีการศึกษา ๒๕..... (มูลค่าของคูปองที่ขอเปลี่ยนแปลงไม่มากกว่ามูลค่าของคูปองที่ขอยกเลิก) ดังรายการต่อไปนี้

คูปองที่ยกเลิก					เหตุผลการ ยกเลิก/ เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงคูปองเป็น			
เลขที่	จำนวน	รหัส	รายการ	มูลค่า (บาท)		รหัส	รายการ	จำนวน	มูลค่า (บาท)
รวม						รวม			

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

ลงชื่อ.....คนพิการ/ผู้ปกครอง
 (.....)
/...../.....

1. คณะกรรมการฯ เห็นสมควรให้เปลี่ยนแปลงรายการ ได้ ไม่ได้ เพราะ

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

2. อนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ.....ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดนนทบุรี