

คป. ๐๓

สำหรับผู้ปกครอง / สถานศึกษา

### แบบคำร้องขอยกเลิก / เปลี่ยนแปลงรายการคู่มือ

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

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

ขอยกเลิก / เปลี่ยนแปลงคู่มือ ประจำปีการศึกษา ๒๕..... (มูลค่าของคู่มือที่ขอเปลี่ยนแปลงไม่มากกว่ามูลค่าของคู่มือที่ขอยกเลิก) ดังรายการต่อไปนี้

คู่มือที่ขอยกเลิก					เหตุผล การยกเลิก / เปลี่ยนแปลง	เปลี่ยนแปลงคู่มือเป็น			
เลขที่	จำนวน	รหัส	รายการ	มูลค่า (บาท)		รหัส	รายการ	จำนวน	มูลค่า(บาท)
รวม						รวม			

ได้ตรวจสอบคู่มือที่ส่งคืนถูกต้องครบถ้วนแล้ว  
 ลงชื่อ.....ครูผู้รับผิดชอบ  
 (.....)  
 ตำแหน่ง.....

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

1. คณะกรรมการฯ เห็นสมควรให้เปลี่ยนแปลงรายการ  ได้  ไม่ได้ เพราะ.....

ลงชื่อ..... ประธานคณะกรรมการจัดทำแผนการจัดการศึกษาเฉพาะบุคคล

2.  อนุมัติ  ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ..... ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา ศูนย์การศึกษาพิเศษ.....

