



ประกาศศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี
เรื่อง การรับสมัครทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘

ด้วยศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี ได้รับมอบหมายจากมูลนิธิคุณพุ่มเป็นฝ่ายประสานงานในการดำเนินการมอบทุนการศึกษาในจังหวัดสระบุรี โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี องค์ประธานทุนมูลนิธิคุณพุ่ม ทรงประทานทุนการศึกษาสำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษในมูลนิธิคุณพุ่ม เพื่อให้เด็กพิการได้รับการพัฒนาสมรรถภาพและได้รับการศึกษาที่ตรงตามความต้องการจำเป็นพิเศษเฉพาะบุคคล โดยจัดสรรให้ทุนการศึกษาให้แก่เด็กพิการทุกประเภทที่มีฐานะครอบครัวยากจน และขาดโอกาสในการพัฒนาคุณภาพชีวิต คณะกรรมการมูลนิธิ โดยทูลกระหม่อมหญิงอุบลรัตนราชกัญญา สิริวัฒนาพรรณวดี ซึ่งได้พิจารณาจัดสรรทุนการศึกษาให้กับเด็กพิการในจังหวัดสระบุรี จำนวน ๑๒๕ ทุน ทุนละ ๕,๐๐๐ บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๒๕,๐๐๐ บาท และมอบศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี ทำหน้าที่พิจารณาผู้มีสิทธิ์สมควรได้รับทุนมูลนิธิคุณพุ่มเป็นรายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

๑. คุณสมบัติของผู้มีสิทธิ์ขอรับทุน

๑. ผู้ที่มีสิทธิ์รับทุนการศึกษาได้แก่ เด็กออทิสติกชนิดรุนแรงหรือเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการและมีฐานะยากจน
๒. เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
๓. อายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์
๔. ผู้ยื่นขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระบุรีไม่น้อยกว่า ๖ เดือนนับถึงวันที่เปิดรับสมัคร หรือมีชื่อในระบบสารสนเทศ(Set) ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี
๕. มีบัตรคนพิการ/สมุดคนพิการ/ใบรับรองแพทย์ที่ระบุความพิการที่ยังไม่หมดอายุหรือเอกสารรับรองความพิการ ซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐเท่านั้น การพิจารณาจะพิจารณาจากผู้ ขอรับทุนที่มีบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอันดับแรก

๒. วัน เวลา และสถานที่รับสมัคร

ให้ผู้พิการที่มีสิทธิ์และประสงค์สมัครรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม สามารถขอรับใบสมัครด้วยตนเองได้ที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี เลขที่ ๗/๓ หมู่ ๗ ตำบลห้วยบง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ในวันเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๖.๓๐ น. หรือสามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่เว็บไซต์ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี <http://www.saraburispecial.ac.th> สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๖-๓๔๐๘๒๔

๓. เอกสารหลักฐานประกอบการสมัคร

๓.๑ ใบสมัครตามแบบมูลนิธิคุณพุ่มกำหนดโดยกรอกข้อมูลทั้งหมดให้ถูกต้องครบถ้วน จำนวน ๑ ชุด

๓.๒ รูปถ่ายผู้ขอรับทุนหน้าตรง (ไม่สวมหมวกหรือแว่นตา ถ้าถ่ายเต็มตัวและเห็นความพิการชัดเจน)

ซึ่งถ่ายมาไม่เกิน ๖ เดือน จำนวน ๑ รูป

๓.๓ รูปถ่ายที่อยู่อาศัยปัจจุบันของผู้ขอรับทุน ซึ่งถ่ายมาไม่เกิน ๖ เดือนและถ่ายครั้งเดียวกัน
จำนวน ๒ รูป

๓.๔ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๕ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๖ สำเนาสูติบัตร จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๗ สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและสำเนาบัตรประชาชนเด็ก จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๘ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับรอง/สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับรอง จำนวน ๑ ฉบับ

๓.๙ สำเนาสมุดจดทะเบียนคนพิการ บัตรประจำตัวคนพิการ จำนวน ๑ ฉบับ

หรือเอกสารรับรองความพิการ

หมายเหตุ รับรองสำเนาถูกต้องในเอกสารทุกฉบับ ในกรณีที่เอกสารไม่ครบถ้วนให้ถือว่าเป็นผู้ขาดคุณสมบัติในการสมัคร

๔. การยื่นใบสมัครและเงื่อนไขการรับสมัคร

๔.๑ ผู้สมัครสามารถยื่นสมัครได้ด้วยตนเอง หากผู้สมัครไม่สามารถสมัครได้ด้วยตนเองอนุญาตให้ผู้ดูแล/บิดา มารดา/ผู้ปกครอง/ครูประจำชั้นของผู้สมัครสามารถยื่นแทนได้ ทั้งนี้สามารถยื่นใบสมัครได้ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มิถุนายน ๒๕๖๘ จนถึงวันที่ ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘ ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี พร้อมเอกสารหลักฐานต่างๆ ตามข้อ ๓

๔.๒ กรอกรายละเอียดในใบสมัครให้ถูกต้องและครบถ้วนด้วยตัวบรรจง

๔.๓ เอกสารประกอบการรับสมัครให้รับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ

๔.๔ ผู้สมัครไม่สามารถเรียกคืนเอกสาร ไม่ว่ากรณีใด ๆ ทั้งสิ้น และจะเก็บเป็นความลับทางราชการ ไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะชน

๕. การประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิได้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม

ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี จะประกาศรายชื่อผู้มีสิทธิรับประธานทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ภายในวันที่ ๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๘ ผ่านทางเว็บไซต์ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี <http://www.saraburispacialac.th> และ Facebook www.facebook.com/saraburispacial

๖. เกณฑ์การพิจารณา ดังนี้

๖.๑ ผู้ที่มีสิทธิรับทุนการศึกษาได้แก่ เด็กออทิสติกชนิดรุนแรงหรือเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการและที่มีฐานะยากจน

๖.๒ เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย

๖.๓ อายุไม่เกิน ๑๘ ปีบริบูรณ์

๖.๔ ผู้ยื่นขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มต้องมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดสระบุรีไม่น้อยกว่า ๖ เดือนนับถึงวันที่เปิดรับสมัคร หรือมีชื่อในระบบสารสนเทศ(Set) ของศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี

๖.๕ มีบัตรคนพิการ/สมุดคนพิการ/ใบรับรองแพทย์ที่ระบุความพิการที่ยังไม่หมดอายุหรือเอกสารรับรองความพิการ ซึ่งออกโดยหน่วยงานของรัฐเท่านั้น การพิจารณาจะพิจารณาจากผู้ขอรับทุน ที่มีบัตรประจำตัวคนพิการเป็นอันดับแรก

๖.๖ ผู้ขอรับทุนการศึกษาต้องเขียนใบสมัครการขอรับทุนการศึกษา และแนบเอกสารที่ระบุไว้พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องทุกฉบับ และกรอกข้อมูลทุกช่องตามความจริง หากกรอกข้อมูลไม่ครบถ้วนจะไม่นำมาพิจารณา โดยส่งใบสมัครที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี

๖.๗ กรณีที่เคยได้รับทุนการศึกษา จะพิจารณาจากรายงานการใช้ทุนการศึกษาสมุดรายงานเล่มสี่ชมพู มีการใช้จ่ายตรงตามวัตถุประสงค์และผู้รับทุนการศึกษามีพัฒนาการดีขึ้นมากน้อยเพียงใด โดยคณะกรรมการร่วมกันพิจารณาตรวจสอบและประเมินผล

๖.๘ กรณีขอทุนการศึกษารายใหม่ ศูนย์การศึกษาพิเศษและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จะตรวจสอบเอกสารและสภาพความเป็นอยู่และรายได้ครอบครัว เพื่อประกอบการพิจารณาถึงความจำเป็นของการขอรับทุนการศึกษา

๖.๙ ในกรณีที่ได้รับการคัดเลือกให้รับทุนการศึกษา (ต้องได้รับการพิจารณาจากการประชุมคณะกรรมการก่อนจึงจะทำการเปิดบัญชี โดยเจ้าหน้าที่จะติดต่อไปเมื่อพิจารณาเรียบร้อยแล้ว) กรณีรายเก่าตรวจสอบบัญชีธนาคารว่ายังใช้งานอยู่หรือไม่ กรณีรายใหม่ให้ผู้ขอรับทุนเปิดบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาภายในจังหวัดสระบุรีเท่านั้น และส่งบัญชีธนาคารเล่มจริงมาที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี เพื่อความสะดวกในการโอนเงินและตรวจสอบการโอนได้

๖.๑๐ สมุดบัญชีธนาคารจะได้รับคืนในวันที่จัดพิธีมอบทุนการศึกษา ตามที่ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรีกำหนด โดยจะแจ้งให้ทราบในภายหลัง

๗. กำหนดการ

ที่	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียด	หมายเหตุ
๑	๑๐ มิถุนายน ๒๕๖๘	ประกาศรับสมัครบุคคลเพื่อคัดเลือกให้ รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘	
๒	<u>๑๖ มิถุนายน - ๓๑ กรกฎาคม ๒๕๖๘</u>	ยื่นใบสมัครพร้อมหลักฐานขอรับทุน การศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ได้ที่ศูนย์การศึกษา พิเศษประจำจังหวัดสระบุรี (กรอก รายละเอียดและส่งใบสมัครพร้อมแนบ หลักฐานการขอรับทุนให้ครบถ้วนตามที่ แจ้งไว้ในใบสมัคร)	ยื่นใบสมัครใน วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา <u>๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น.</u> ยกเว้นวันหยุดราชการ
๓	<u>๑ - ๑๕ สิงหาคม ๒๕๖๘</u>	รวบรวมเอกสารใบสมัคร จัดทำข้อมูล ผู้ขอรับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘	
๔	<u>๑๘ - ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๘</u>	คณะกรรมการพิจารณาและตรวจสอบ คุณสมบัติผู้ขอรับทุน	
๕	ภายในวันที่ <u>๒๗ สิงหาคม ๒๕๖๘</u>	- ประกาศผลผู้ผ่านการพิจารณาให้ได้รับ ทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา ๒๕๖๘ ผ่านทางเว็บไซต์ http://www.saraburispecial.ac.th และทาง Facebook www.facebook.com/saraburispecial - ส่งหนังสือประชาสัมพันธ์แจ้งประกาศ ไปยังสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา	

๗. กำหนดการ (ต่อ)

ที่	วัน / เดือน / ปี	รายละเอียด	หมายเหตุ
๖	<u>๒๘ สิงหาคม - ๓๐ กันยายน ๒๕๖๔</u>	ผู้ได้รับทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่มส่งสมุดบัญชีตัวจริงบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ ฉบับจริง (กรณีใช้บัญชีเดิมให้อัพเดทสมุดบัญชีให้เป็นปัจจุบัน) ณ ศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี	- <u>เปิดบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ ประเภทออมทรัพย์ สาขาภายในจังหวัดสระบุรีเท่านั้น</u> โดยผู้เปิดบัญชีต้องเป็นชื่อผู้ปกครอง เพื่อชื่อบุตร ตัวอย่างเช่น นายทำดี มีความสุข เพื่อ เด็กหญิงหนูดี มีความสุข เป็นต้น *** หากส่งสมุดบัญชีธนาคารไม่ตรงตามกำหนดถือว่าสละสิทธิ์
๗	<u>๒๕ กันยายน ๒๕๖๔</u>	- พิธีมอบทุนการศึกษามูลนิธิคุณพุ่ม - รับสมุดบันทึกค่าใช้จ่ายทุน - รับสมุดบัญชีธนาคารฉบับจริง	

หมายเหตุ ***กำหนดการพิธีมอบทุน การศึกษามูลนิธิคุณพุ่มอาจเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม ทั้งนี้จะมีการแจ้งยืนยันกำหนดการพิธีมอบทุนอีกครั้ง และสามารถติดตามข่าวสารได้ที่เว็บไซต์ของศูนย์ฯหรือสอบถามได้ที่เบอร์โทรศัพท์ ๐๓๖-๓๔๐๘๒๔

ประกาศ ณ วันที่ ๓๐ มิถุนายน ๒๕๖๔



(นางสาวอรุณี มุสิกมณี)

ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ ประจำจังหวัดสระบุรี

แบบขอรับการศึกษาลำหรับเด็กออทิสติกและเด็กที่มีความต้องการพิเศษ
มูลนิธิคุณพุ่ม ปีการศึกษา 2568

ติดรูปถ่าย
ขนาด 1 นิ้ว

ส่วนที่ 1 แบบประวัติของเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับการศึกษ

- กลุ่ม ☐ เด็กที่เรียนในระบบ ☐ เด็กที่ขาดโอกาสเรียน/ออกกลางคัน (เนื่องจากฐานะยากจน)
☐ เด็กที่ไม่ได้เข้าสู่ระบบโรงเรียนเนื่องจากข้อจำกัดความพิการ

ประเภทเด็กที่มีความต้องการพิเศษ

- ☐ การมองเห็น ☐ การได้ยิน ☐ สติปัญญา ☐ ร่างกาย ☐ ปัญหาการเรียนรู้ (LD.) ☐ การพูดและภาษา
☐ พฤติกรรมและอารมณ์ ☐ ออทิสติก ☐ พิการซ้อน

ข้อมูลเด็กที่มีความต้องการพิเศษที่ขอรับการศึกษ

- 1.1 ชื่อ (ด.ญ./ด.ช./นาย/น.ส.).....นามสกุล.....
วันที่เกิด.....เดือน.....พ.ศ.อายุ.....ปี รหัสประจำตัวประชาชน.....
1.2 ชื่อสถานศึกษา..... กำลังศึกษาอยู่ในระดับ.....
1.3 ที่อยู่ปัจจุบัน ☐ เป็นของตนเอง ☐ เขา ☐ บ้านพักหน่วยงาน ☐ อาศัยผู้อื่น ☐ ไม่มีที่อยู่
1.3.1 ที่อยู่ปัจจุบัน.....
1.3.2 ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน.....

ข้อมูลบิดา ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

- 1.4 ชื่อ.....นามสกุล.....รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้อมูลมารดา ☐ มีชีวิตอยู่ ☐ ถึงแก่กรรม

- 1.5 ชื่อ.....นามสกุล.....รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

สถานภาพ บิดาและมารดาขณะนี้ ☐ สมรส ☐ อยู่ด้วยกันแต่ไม่ได้จดทะเบียน ☐ แยกกันอยู่ ☐ หย่าร้าง

ข้อมูลผู้ปกครอง (กรณีไม่ได้อยู่กับบิดามารดา)

- 1.6 ปัจจุบันอาศัยอยู่กับผู้ปกครองที่มีชื่อบิดา/มารดา คือ ☐ ปู่ ย่า ตา ยาย ☐ อื่นๆ ได้แก่.....
ชื่อ.....นามสกุล.....รหัสประจำตัวประชาชน.....
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....
โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

*ในระหว่างการรับทุน ในปีการศึกษา 2568 นี้ ข้าพเจ้าไม่อยู่ในระหว่างการรับทุนจากแหล่งอื่น และขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว
ข้างต้น เป็นความจริงทุกประการ

(ลายมือชื่อ).....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเท็จจริงเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่มีความต้องการพิเศษขอรับทุนการศึกษา

1. คุณสมบัติของผู้ขอรับทุนการศึกษา
 - 1.1 เป็นคนเชื้อชาติไทย สัญชาติไทย
 - 1.2 เป็นเด็กพิการทุกประเภทที่มีการจดทะเบียนคนพิการ
 - 1.3 อายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์
2. หลักฐานที่นำมายื่นทั้งหมด
 - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชนของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง
 - ☐ สำเนาสูติบัตรเด็ก
 - ☐ สำเนาทะเบียนบ้านเด็กและสำเนาบัตรประชาชนเด็ก (กรณีอายุเกิน 15 ปีขึ้นไป)
 - ☐ สำเนาบัตรประชาชนผู้รับรอง (ส่วนที่ 3)
 - ☐ สำเนาบัตรคนพิการหรือเอกสารรับรองความพิการ
3. ประวัติการได้รับความช่วยเหลือ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
 - ☐ ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษาจากหน่วยงานใดมาก่อน
 - ☐ ได้รับเบี้ยยังชีพคนพิการ 1,00 บาทต่อเดือน
 - ☐ เคยได้รับความช่วยเหลือ / ทุนสนับสนุนการศึกษา ได้แก่.....
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว (ไม่รวม ผู้รับทุน บิดา มารดาและผู้ปกครอง) รวม.....คน
5. ภาระหนี้สิน ☐ ไม่มีหนี้สิน ☐ มีหนี้สิน (กรณีมีหนี้สินให้ระบุจำนวน) จำนวน.....บาท
6. สภาพครอบครัว และปัญหาความเดือดร้อนที่มีความต้องการช่วยเหลือ (อธิบายโดยย่อ)

สภาพความเป็นอยู่ ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ชดสขนาดแคลน
สภาพสิ่งแวดล้อม ☐ ดี ☐ ปานกลาง ☐ ไม่ดี

ลายมือชื่อ.....ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้สอบข้อเท็จจริง
(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อ หน่วยงาน.....

วันที่...../...../.....

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการระดับจังหวัด/ที่ได้รับมอบหมาย

- ☐ อนุมัติให้การสนับสนุนทุนการศึกษา
 - ☐ ไม่อนุมัติ เพราะ (ระบุเหตุผล).....
- ลายมือชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....)
- ตำแหน่ง.....

ส่วนที่ 3 หนังสือรับรอง

1. หนังสือรับรองจากชุมชนหรือผู้ที่นำเชื่อถือ (ประธานชุมชน/ข้าราชการ/ผู้ใหญ่บ้าน/ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น/ประธานชมรมคนพิการหรือชมรมผู้ปกครองที่สมาคมแห่งชาติตามประเภทความพิการรับรอง)

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ขอรับรองว่าครอบครัวผู้ขอรับทุนประสบปัญหาความเดือดร้อน คือ.....

.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

วันที่...../...../.....

2. หนังสือรับรองจากโรงเรียน/สถานศึกษาทั้งในระบบและนอกระบบที่ผู้ขอรับทุนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน

ชื่อผู้รับรอง (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

รหัสประจำตัวประชาชน.....

ตำแหน่ง.....โทรศัพท์.....

ลายมือชื่อ.....ผู้รับรอง

(ครูประจำชั้น/ครูแนะแนว/ผอ.สถานศึกษา/ผอ.ศูนย์การศึกษาพิเศษ)

(ส่วนของเจ้าหน้าที่รับสมัคร)

ยื่นเรื่องวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สถานที่รับสมัคร.....

เจ้าหน้าที่ผู้รับสมัคร.....

โทรศัพท์.....

วาดแผนที่บ้านโดยสังเขป