**ทะเบียนควบคุมการจ่ายคูปองสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ**

**คป. ๐๒**

**และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ**

**สถานศึกษา...............................................................................................................สังกัด...................................................................จังหวัด.....................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **เลขประจำตัวประชาชน** | **ชื่อ – สกุลคนพิการ** | **คูปอง**  **เลขที่ ถึงเลขที่** | **มูลค่ารวม**  **ของจำนวนเงิน** | **ลายมือชื่อ**  **ของผู้รับคูปอง** | **วัน เดือน ปี**  **ที่รับคูปอง** | **หมายเหตุ** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**มอบให้คนพิการ/ผู้ปกครองแล้วรวม..............................ฉบับ คงเหลือ.................................ฉบับ (ให้ระบุสาเหตุไว้ในช่องหมายเหตุ)**

...........................................................................

(...........................................................................)

**ผู้บริหารสถานศึกษา**

.........../............../...........

...........................................................................

(...........................................................................)

**ผู้ดำเนินการ**

.........../............../...........