

**(ร่าง)บันทึกประจำวัน**  
**การปฏิบัติงานของผู้ช่วยคนพิการ**

ชื่อ สกุลผู้ช่วยคนพิการ นาง นางสาว นาย .....

เลขที่ใบอนุญาตทำงานผู้ช่วยคนพิการ.....ออกที่.....วันที่ออกใบอนุญาต.....วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี).....

ชื่อ สกุลคนพิการ ด.ญ. ด.ช นาง นางสาว นาย .....ชื่อเล่น.....

วันเดือนปีเกิด..... อายุ.....ปี เลขที่บัตรประจำประชาชน ---

ประเภทความพิการ การเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิต/พฤติกรรม ออทิสติก สติปัญญา การเรียนรู้ ซ้ำซ้อน

ที่อยู่ เลขที่..... หมู่ที่..... หมู่บ้าน/อาคาร/หน่วยงาน..... ตรอก/ซอย..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....

โทรศัพท์บ้าน..... โทรศัพท์มือถือ..... อีเมล (ถ้ามี).....

เวลาปฏิบัติงาน	รายละเอียดภารกิจ/กิจกรรมการให้ความช่วยเหลือคนพิการ	ปัญหา อุปสรรค และความคิดเห็นอื่น ๆ เพิ่มเติม

ลงชื่อ คนพิการ.....

ลงชื่อ ผู้รับช่วยคนพิการ.....

วันที่ส่งรายงาน.....