

(ร่าง)รายงานรายเดือน
 การปฏิบัติงานของผู้ช่วยคนพิการ
 ประจำเดือน.....ปี.....

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).....

ประเภทความพิการที่ดูแล

- การเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหว จิต/พฤติกรรม ออทิสติก สติปัญญา การเรียนรู้ ซ้ำซ้อน

สัปดาห์ที่	รายละเอียดภารกิจ/กิจกรรม การให้ความช่วยเหลือคนพิการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา
1			
2			

ลำดับที่	รายละเอียดภารกิจ/กิจกรรม การให้ความช่วยเหลือคนพิการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหา
3			
4			

2. ข้อเสนอแนะต่อคนพิการ และครอบครัว และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ลงชื่อ ผู้ช่วยคนพิการ..... ลงชื่อ ผู้รับผิดชอบหน่วยบริการผู้ช่วยคนพิการ.....

วันที่ส่งรายงาน.....