แบบตอบรับการจัดส่งบัตรประจำตัวคนพิการ ประจำปีงบประมาณ 2567

ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด .....

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด.....

ที่ตั้งศูนย์บริการ เลขที่.....

.....

.....

Email..... โทรศัพท์.....โทรสาร.....

โดยได้ทำการตรวจนับบัตร/หมึกพิมพ์ประจำตัวคนพิการที่จัดส่งโดย กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ณ ศูนย์บริการคนพิการจังหวัด..... ไว้เป็นที่เรียบร้อย โดยมีรายละเอียดดังนี้

รวมที่ได้รับ ..... กล่อง รวมทั้งสิ้น.....ใบ

กล่องที่ 1 หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ .....-..... ถึง บัตรหมายเลข .....-.....

กล่องที่ 2 หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ .....-..... ถึง บัตรหมายเลข .....-.....

กล่องที่ 3 หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ .....-..... ถึง บัตรหมายเลข .....-.....

ชนิดหมึกพิมพ์ ☐ ZEBRA จำนวน ..... ม้วน ☐ ENTRUSE จำนวน....ม้วน ☐ DASCOM จำนวน....ม้วน

สภาพบัตรประจำตัวคนพิการ ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์/ชำรุด กรณีที่มีบัตรชำรุด..... ใบ

สภาพหมึกพิมพ์บัตรคนพิการ ☐ สมบูรณ์ ☐ ไม่สมบูรณ์/ชำรุด กรณีที่มีบัตรชำรุด..... กล่อง

*****หากใช้ได้ไม่ครบตามจำนวน 1 ต่อ 250 หรือ 1 ต่อ 500 โปรดแจ้ง พก. เพื่อแจ้งซ่อมบำรุงเครื่องพิมพ์*****

วันที่รับพัสดุ/รับของ (วัน/เดือน/ปี พ.ศ.).....

อ้างอิงหนังสือจังหวัด..... ที่ ..... 0005/..... ลงวันที่..... (หนังสือตอบกลับ)

ลงชื่อ (.....) ผู้รับบัตร

ประทับตราหน่วยงาน .....

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์บริการคนพิการ

จังหวัด .....

และมอบหมายให้ (เจ้าหน้าที่ ศูนย์บริการฯ)..... เป็นผู้ดำเนินการ

หากดำเนินการเรียบร้อยแล้วโปรดส่งสำเนาแบบตอบรับโดยด่วน และส่งแบบตอบรับฉบับจริง

กลุ่มส่งเสริมศูนย์บริการฯ กองส่งเสริมสิทธิและสวัสดิการคนพิการ กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

เลขที่ 255 อาคาร 60 ปีกรมประชาสงเคราะห์ ถนนราชวิถี แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

ผู้ติดต่อประสานงาน *คุณวิไลลักษ์ สุวรรณเลิศ* โทร 02-3543388 ต่อ 701, 703 อีเมลล์ saraban@dep.go.th