

แบบสำรวจการรับคนพิการเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐ

*หน่วยงาน..... (ณ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑)
เลขทะเบียนนายจ้างตามประกันสังคม (ถ้ามี)..... เลขที่สาขา.....

**จำนวนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานรวม..... คน จำนวนคนพิการ..... คน

ที่	ชื่อ - สกุล (คนพิการ)	เพศ	อายุ	เลขบัตรประจำตัวคนพิการ (ตรงกับเลขบัตรประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก)	ประเภทความ พิการ	ตำแหน่งงาน/ ประเภทการจ้าง	เงินเดือน/ค่าจ้าง

ผู้รายงาน.....
ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์.....
วันที่รายงาน.....

หมายเหตุ * ตามกฎกระทรวงฯ กำหนดในข้อ ๔ กระทรวง/ราชการส่วนท้องถิ่น/รัฐวิสาหกิจ/หน่วยงานอื่นของรัฐที่เป็นนิติบุคคล
*** ยกเว้นลูกจ้างชั่วคราว/พนักงานจ้างเหมา