

ความเห็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

เรียน ผู้อำนวยการเขต.....คลองเตย.....

ได้ตรวจสอบคุณสมบัติของนาย/นาง/นางสาว.....

หมายเลขบัตรประจำตัวคนพิการ □-□□□□-□□□□□-□□-□

เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เป็นผู้ที่ขาดคุณสมบัติ ดังนี้.....

.....

(ลงชื่อ).....เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ

(.....)

คำสั่ง ผู้อำนวยการเขต.....คลองเตย.....

เห็นชอบ

ไม่เห็นชอบ

อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วัน/เดือน/ปี.....