คป. ๐๒
สำหรับสถานศึกษา

ทะเบียนควบคุมการจ่ายคูปองสิ่งอำนวยความสะดวก สื่อ บริการ

และความช่วยเหลืออื่นใดทางการศึกษาสำหรับคนพิการ

สถานศึกษา...สังกัด..จังหวัด..

ลำดับที่	เลขประจำตัวประชาชน	ชื่อ - สกุลคนพิการ	คูปอง เลขที่ ถึงเลขที่	มูลค่ารวม ของจำนวนเงิน	ลายมือชื่อ ของผู้รับคูปอง	วัน เดือน ปี ที่รับคูปอง	หมายเหตุ
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						
	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐						

มอบให้คนพิการ/ผู้ปกครองแล้วรวม..........................ฉบับ คงเหลือ..............................ฉบับ (ให้ระบุสาเหตุไว้ในช่องหมายเหตุ)

.... (..) ผู้ดำเนินการ .... / .... /.......	.... (..) ผู้บริหารสถานศึกษา .... / .... /.......