



แบบแสดงความจำนงขอรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาสำหรับนิสิต นักศึกษาพิการ  
ในระดับอนุปริญญาและระดับปริญญาตรี  
ภาคการศึกษาที่ ๑/๒๕๕๘

(โปรดกรอกข้อความด้วยลายมือบรรจง)

ประวัติส่วนตัว

๑. ชื่อ นาย/นาง/นางสาว .....  
(ภาษาอังกฤษ).....
๒. นิสิต/นักศึกษา มหาวิทยาลัย/สถาบัน .....  
คณะ.....สาขา.....ชั้นปี.....  
ปีการศึกษาที่เข้าศึกษา.....เริ่มรับเงินอุดหนุนทางการศึกษาตั้งแต่ ภาคเรียนที่.....ปีการศึกษา.....  
ระดับการศึกษา ☐ อนุปริญญา ☐ ปริญญาตรี จำนวนปีของหลักสูตรที่ศึกษา.....ปี
๓. เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี
๔. บัตรประจำตัวประชาชน เลขที่.....  
สัญชาติ.....ศาสนา.....
๕. บัตรประจำตัวคนพิการ เลขที่.....ประเภทความพิการ.....  
วันออกบัตร.....วันบัตรหมดอายุ.....สถานที่ออกบัตร.....
๖. ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....  
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
๗. ที่อยู่ตามบัตรประชาชน เลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....  
ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
๘. บิดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....โทรศัพท์.....
๙. มารดาชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....โทรศัพท์.....

๑๐. ผู้ปกครองชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี  
เกี่ยวข้องกับ.....อาชีพ.....รายได้เดือนละ.....บาท  
ที่อยู่ปัจจุบัน.....  
.....โทรศัพท์มือถือ.....

ข้าพเจ้าได้แนบสำเนาบัตรประจำตัวคนพิการ สำเนาใบลงทะเบียน และใบเสร็จรับเงิน  
พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องมาด้วย และขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความจำนง  
(.....)  
วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

- หมายเหตุ โปรตรอกแบบแสดงความจำนงนี้ พร้อมแนบเอกสารประกอบดังนี้
- สำเนาบัตรประจำตัวนักศึกษา
  - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
  - สำเนาบัตรประจำตัวผู้พิการ หรือสมุดประจำตัวผู้พิการ(หน้าที่ระบุลักษณะความพิการและวันหมดอายุ)
  - สำเนาใบเสร็จรับเงินค่าลงทะเบียนเรียน ภาคการศึกษาที่ 1/2558
  - สำเนาหน้าบัญชีธนาคารกรุงไทย (กรณีนักศึกษาใหม่และไม่เคยยื่นขอรับเงินอุดหนุนฯ)
  - สำเนาวุฒิการศึกษาที่ใช้ในการสมัครเข้าศึกษาในมหาวิทยาลัย (กรณีนักศึกษาใหม่และไม่เคยยื่นขอรับเงินอุดหนุนฯ)

พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง และนำส่งศูนย์บริการนักศึกษาพิการ สำนักบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช  
ภายในวันที่ 31 สิงหาคม 2558

## แบบบันทึกการลงทะเบียนเรียนและผลการศึกษา

ชื่อ นาย/นาง/นางสาว..... เลขประจำตัวนักศึกษา 

สาขาวิชา..... วิชาเอก..... ความพิการ.....

เริ่มเข้าศึกษาปีการศึกษาที่  / เป้าหมายการศึกษา ข้าพเจ้าวางแผนจะสำเร็จการศึกษา ในปี พ.ศ. 

ในความคิดเห็นส่วนตัว ข้าพเจ้าคิดว่า ☐ ทำได้ตามเป้าหมายเพราะ.....

☐ ทำไม่ได้ตามเป้าหมายเพราะ.....

(บันทึกด้วยดินสอและแก้ไขเปลี่ยนแปลงได้)

| ปีที่ | ภาค / ปีการศึกษา | รหัสและชื่อชุดวิชาที่ลงทะเบียนเรียน                                                                                           | ผลการสอบไล่ | ลงทะเบียนสอบซ่อมหรือไม่ (ใส่ ✓ ใน <input type="checkbox"/> ) |                          | ผลการสอบซ่อม |
|-------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
|       |                  |                                                                                                                               |             | ไม่                                                          | ลง                       |              |
| 1     | 1/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             |                                                              |                          |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
| 2     | 1/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             |                                                              |                          |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
| 3     | 1/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             |                                                              |                          |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
| 4     | 1/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             | <input type="checkbox"/>                                     | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |             |                                                              |                          |              |

| ปีที่ | ภาค / ปีการศึกษา | รหัสและชื่อชุดวิชาที่ลงทะเบียนเรียน | ผลการสอบไล่ | ลงทะเบียนสอบซ่อมหรือไม่<br>(ใส่ <input checked="" type="checkbox"/> ใน <input type="checkbox"/> ) |                          | ผลการสอบซ่อม |
|-------|------------------|-------------------------------------|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------|
|       |                  |                                     |             | ไม่                                                                                               | ลง                       |              |
| 5     | 1/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      |                                     |             |                                                                                                   |                          |              |
| 6     | 1/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      |                                     |             |                                                                                                   |                          |              |
| 7     | 1/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      |                                     |             |                                                                                                   |                          |              |
| 8     | 1/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | 2/.....          |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       |                  |                                     |             | <input type="checkbox"/>                                                                          | <input type="checkbox"/> |              |
|       | พิเศษ/.....      |                                     |             |                                                                                                   |                          |              |

แบบบันทึกการลงทะเบียนเรียนและผลการศึกษาฉบับนี้ จัดทำขึ้นเพื่อใช้ในการวางแผนการศึกษา ติดตามความก้าวหน้าในการศึกษา และการจัดบริการสนับสนุนการศึกษาของนักศึกษาพิการเป็นรายบุคคลอย่างเหมาะสม **มิใช่หลักฐานทางการศึกษา** ขอให้นักศึกษาบันทึกตามรายการทุกภาคการศึกษาและใช้ในการติดต่อศูนย์บริการนักศึกษาพิการ

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ สำนักบริการการศึกษา  
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช  
โทรศัพท์ 0-2504-7821-3  
โทรสาร 0-2503-3963  
e-mail : ds.esoffice@stou.ac.th