



(นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ) _____ นามสกุล _____ วันเดือนปีเกิด ____/____/____

[illegible][illegible]

โทรศัพท์บ้าน □□□□□□□□ โทรศัพท์มือถือ □□□□□□□□□□

อีเมล _____ วันที่ขอรับบริการ _____ / _____ / _____

การจัดทำหนังสือเสียง ชุดวิชา

ระบุความจำเป็น _____

การสอบ ☐ ข้อสอบเสียง ☐ ขยายข้อสอบ ☐ จัดสอบชั้นล่าง

☐ จัดสอบเป็นกลุ่ม สถานที่ _____

☐ อื่นๆ (ระบุ) กลุ่มช่วยเหลือ _____

ประเภทความพิการ (สำหรับเจ้าหน้าที่)

☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₆ ☐₇ ☐₈ ☐₉

ศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

โทรศัพท 0-2504-7821-3

e-mail : nednapa.int@stou.ac.th , dssatstou@gmail.com

โปรดพลิก

ประวัติการศึกษา(เดิม)

ท่านสำเร็จการศึกษา วุฒิการศึกษา.....สถานศึกษา.....

เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

โปรดระบุชื่ออาจารย์ หรือ บุคคลที่สามารถให้ข้อสนเทศเพิ่มเติม

ชื่อ-นามสกุล.....ที่อยู่.....

โทรศัพท์.....

ความสามารถในการศึกษาและการใช้ใช้อุปกรณ์ช่วยศึกษา

- | | |
|---|--|
| ☐ เช่นเดียวกับนักศึกษาทั่วไป | ☐ ใช้อักษรเบรลล์(ระดับ) |
| ☐ ใช้เบรลล์โน้ต | ☐ ใช้เครื่องช่วยฟัง |
| ☐ ใช้เครื่องอ่านหนังสือเสียง/โปรแกรม TAB Player | ☐ ใช้ภาษามือ |
| ☐ ใช้เครื่องขยายจอภาพCCTVพกพา | ☐ ใช้โปรแกรม ZoomText |
| ☐ ใช้เครื่องเล่น MP3 Mp4 | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| ☐ ใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์(ระบุโปรแกรมที่ใช้ เช่น JAWS ตาทิพย์ Text to speech ฯลฯ)..... | |

ประวัติการศึกษาในมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช

สาขาวิชา.....วิชาเอก.....หลักสูตร.....ปี

ชุดวิชาที่สอบผ่านแล้ว (โปรดระบุหรือแนบผลการเรียนประกอบ) จำนวน.....ชุดวิชา

ภาคการศึกษาปัจจุบัน ภาคการศึกษาที่.....ปีการศึกษา.....ลงทะเบียนเรียนจำนวน.....ชุดวิชา

1. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

2. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

3. ☐☐☐☐☐☐ ชุดวิชา.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลที่ข้าพเจ้าให้ไว้กับศูนย์บริการนักศึกษาพิการ มหาวิทยาลัยสุโขทัย-
ธรรมมาธิราช เป็นจริงตามที่ระบุไว้ข้างต้นทุกประการ

ลงนาม.....

(.....)

วันที่.....

หมายเหตุ ศูนย์บริการนักศึกษาพิการจะพิจารณาจัดบริการเพื่อการเรียนการสอน หรือบริการ
การศึกษาตามความต้องการจำเป็นของนักศึกษาเป็นรายกรณีไป โดยนักศึกษาอาจมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมตาม
ความจำเป็น