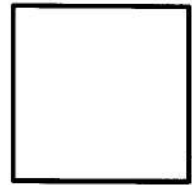


แบบการรับบริการเฉพาะบุคคลสำหรับสำหรับนักศึกษา  
(Individualized Services Plan : ISP)



- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ตาบอดสนิท                       | <input type="checkbox"/> ตาบอดเลือนราง ระดับการเห็น.....     |
| <input type="checkbox"/> หูหนวก                          | <input type="checkbox"/> หูตึง ระดับการได้ยิน.....           |
| <input type="checkbox"/> ทางร่างกาย ระบุความบกพร่อง..... | <input type="checkbox"/> ทางการเรียนรู้ ระบุความบกพร่อง..... |

1. ข้อมูลทั่วไป

ชื่อ-นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) .....ประเภทความบกพร่อง.....  
วัน/เดือน/ปีเกิด .....อายุ ..... ปี โทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... หมู่ ..... ชื่อหมู่บ้าน .....  
ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ ..... โทรศัพท์ ..... โทรศัพท์เคลื่อนที่ .....  
ภูมิลำเนา บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... หมู่ ..... ชื่อหมู่บ้าน .....  
ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....  
E-mail : .....  
อาจารย์ที่ปรึกษา ..... เบอร์โทรศัพท์ .....

2. ประวัติการศึกษา

สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจาก .....  
ปัจจุบันศึกษา คณะ/สาขา .....  
สถานศึกษา .....

3. ข้อมูลผู้ปกครอง

ชื่อ-สกุลบิดา .....อายุ .....ปี โทรศัพท์ .....  
ชื่อ-สกุลมารดา .....อายุ .....ปี โทรศัพท์ .....  
ที่อยู่ของบิดา-มารดาที่สามารถติดต่อได้  
บ้านเลขที่ ..... ซอย ..... หมู่ ..... ชื่อหมู่บ้าน .....  
ตำบล/แขวง .....อำเภอ/เขต .....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์ .....

4. บุคคลที่สามารถติดต่อได้

1. .... มีความสัมพันธ์ .....  
คณะ/สาขาวิชา ..... ชั้นปีที่ .....  
2. .... มีความสัมพันธ์ .....

คณะ/สาขาวิชา ..... ชั้นปีที่ .....

**5. ระยะเวลาที่ขอรับบริการ**

เริ่มต้น ..... สิ้นสุด .....

**6. รายละเอียดการขอรับบริการ**

**6.1 รายละเอียดการขอรับบริการของนักศึกษาพิการทางการเห็น**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ผู้จัดบันทึกคำบรรยาย   | <input type="checkbox"/> อาสาสมัครอ่านข้อสอบ    |
| <input type="checkbox"/> เพื่อนช่วยเพื่อน       | <input type="checkbox"/> ข้อสอบอักษรเบรลล์      |
| <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> เอกสาร/ตำราอักษรเบรลล์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... |   |

**6.2 รายละเอียดการขอรับบริการของนักศึกษาพิการทางการได้ยิน**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ล่ามภาษามือ               | <input type="checkbox"/> ผู้จัดบันทึกคำบรรยาย |
| <input type="checkbox"/> เพื่อนช่วยเพื่อน          | <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์          |
| <input type="checkbox"/> เอกสาร/ตำราประกอบคำบรรยาย | <input type="checkbox"/> การสอนเสริม          |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) .....    |   |

**6.3 รายละเอียดการขอรับบริการของนักศึกษาพิการทางร่างกายหรือสุขภาพ**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> รถเข็น                    | <input type="checkbox"/> ผู้จัดบันทึกคำบรรยาย   |
| <input type="checkbox"/> เพื่อนช่วยเพื่อน          | <input type="checkbox"/> เครื่องบันทึกเสียง     |
| <input type="checkbox"/> เอกสาร/ตำราประกอบคำบรรยาย | <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์            |
| <input type="checkbox"/> การสอนเสริม               | <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... |

**6.4 รายละเอียดการขอรับบริการของนักศึกษาพิการทางการเรียนรู้**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ผู้จัดบันทึกคำบรรยาย   | <input type="checkbox"/> เพื่อนช่วยเพื่อน          |
| <input type="checkbox"/> เครื่องบันทึกเสียง     | <input type="checkbox"/> เอกสาร/ตำราประกอบคำบรรยาย |
| <input type="checkbox"/> คอมพิวเตอร์            | <input type="checkbox"/> การสอนเสริม               |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ (โปรดระบุ) ..... |  |

**7. ตารางเรียน (โปรดแนบตารางเรียน)**

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับบริการ

ความคิดเห็นของผู้ประสานงานศูนย์บริการ สนับสนุนและช่วยเหลือนักศึกษาพิการ

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(.....)

**หมายเหตุ**

เอกสารแนบ

1. สำเนาบัตรนักศึกษา 1 ชุด
2. สำเนาบัตรคนพิการ 1 ชุด