

สำหรับคณะกรรมการฯ

เลขที่

ที่ทำการ.....

.....

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรื่อง แจ้งผลการพิจารณาคำขอยกเลิก / เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การศึกษาพิเศษ.....

อ้างถึง หนังสือที่.....(ศูนย์การศึกษาพิเศษขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง) ลงวันที่.....

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบคำร้องขอยกเลิก/เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง (คป.๐๑) จำนวน.....ฉบับ

ตามหนังสือที่อ้างถึง ท่านได้ประสานให้คณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา ประชุมเพื่อพิจารณายกเลิก / เปลี่ยนแปลงรายการคูปอง ตามที่คนพิการหรือผู้ปกครองได้ร้องขอมาตามเอกสารหลักฐานตามรายละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

บัดนี้ คณะกรรมการฯ ได้พิจารณาในคราวประชุมครั้งที่...../.....เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ. แล้ว จึงขอแจ้งผลการพิจารณาตามรายละเอียดที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาคำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาให้คนพิการ
ได้รับสิทธิช่วยเหลือทางการศึกษา

ที่ทำการ.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

