



บันทึก

เขียนที่
วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอเป็นผู้ดูแลคนพิการ ขอเปลี่ยนผู้ดูแลคนพิการ เพิ่มผู้ดูแลคนพิการ ขอยกเลิกเป็นผู้ดูแลคนพิการ
 บัตรเดิมสูญหาย

ข้าพเจ้าเกิดเมื่อวันที่ อายุปี
เกิดที่จังหวัด.....ประเทศ สัญชาติ บิดาชื่อ.....
มารดาชื่อ..... อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ บ้าน.....
ตำบลอำเภอจังหวัด..... อาชีพ
เบอร์โทรศัพท์.....

ขอให้ถ้อยคำต่อ นายทะเบียนจังหวัดลพบุรี /เจ้าหน้าที่.....ด้วยความเป็นจริงทุกประการ ดังนี้

- 1.ข้าพเจ้ามีชื่อ และที่อยู่ ตามที่ปรากฏอยู่ข้างบนจริงทุกประการ
- 2.ข้าพเจ้าเป็นคนพิการ ประสงค์ให้ผู้ดูแลคนพิการ ชื่อ.....

เกี่ยวข้องกับ อยู่บ้านเลขที่ หมู่..... บ้าน..... ตำบล.....
อำเภอ.....จังหวัด..... ซึ่งให้การดูแลข้าพเจ้า ดังนี้

- 1)
- 2)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ ข้าพเจ้าได้ให้ปากคำด้วยความ
สมัครใจ โดยมีได้ถูกข่มขู่ บังคับขู่เข็ญแต่ประการใด ข้าพเจ้าได้อ่านเข้าใจดีแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

(ลงชื่อ) คนพิการ
(.....)

(ลงชื่อ) ผู้ดูแลคนพิการ
(.....)

(ลงชื่อ) พยาน
(.....)