**แบบรายงานผลการปฏิบัติตามมาตรา ๓๓ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ………….**

**นร ๐-๒**

**ชื่อหน่วยงาน..............................................................................................................**

**ที่ตั้ง........................................................................................................................ โทรศัพท์................................................**

**จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่ไม่พิการ .................................................** **คน จำนวนผู้ปฏิบัติงานที่พิการ ................................. คน**

| **ที่** | **ชื่อ - สกุล**  **(คนพิการ)** | **เพศ** | **อายุ (ปี)** | **การศึกษา** | **เลขทะเบียนคนพิการ**  **(ตามบัตรประจำตัวคนพิการ)** | **ลักษณะความพิการ** | **เริ่มบรรจุงาน**  **(วัน/เดือน/ปี)** | **ค่าจ้าง/เงินเดือน** | **ตำแหน่งงาน** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** แนบสำเนาสมุด หรือ บัตรประจำตัวคนพิการ พร้อมรับรองสำเนาถูกต้องของคนพิการที่ทำงานในหน่วยงาน และสำเนาสัญญาจ้าง

(ลงชื่อ)............................................. ผู้รายงาน

(............................................)

ตำแหน่ง............................................

วันที่ .................................................