

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อ.ป.ท. อำเภอ จังหวัด

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)นามสกุล.....อายุ..... ปี
อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล

อำเภอ จังหวัด..... โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน

บุคคลที่สามารถติดต่อได้ ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว)..... สกุล เบอร์ติดต่อ

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน) ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

- ☐ ๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)
- ☐ ๑.๔ ด้านอื่นๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

.....

.....

.....

.....

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาแล้ว จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ) เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ
(.....)