

แบบลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือของประชาชน

(กรณีร้องขอด้วยตนเอง)

ชื่อ อปท. บพอ.๕๐๗ อำเภอ รัตนบุรี จังหวัด มหาสารคาม

วันที่ ๔ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว) ทองนิกข์ นามสกุล สีตลวงสี อายุ.....ปี

อยู่บ้านเลขที่ ๕๗ หมู่ที่ ๑๑ ซอย..... ถนน..... ตำบล บพอ.๕๐๗

อำเภอ รัตนบุรี จังหวัด มหาสารคาม โทรศัพท์.....

หมายเลขประจำตัวประชาชน ๙ ๕ ๑ ๑ ๖ ๐ ๐ ๖ ๗ ๕ ๑ ๙ ๑

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

มีความประสงค์ขอให้ (หน่วยงาน) อ.ม.บพอ.๕๐๗ ดำเนินการช่วยเหลือ ดังนี้

๑. ประเภทการช่วยเหลือ

๑.๑ ด้านสาธารณสุข (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น) อดขัดข

๑.๒ ด้านการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิต (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๓ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๑.๔ ด้านอื่น ๆ (ระบุปัญหา/ความเดือดร้อนที่เกิดขึ้น)

๒. ข้าพเจ้าจึงขอความช่วยเหลือ (ระบุความต้องการ/สิ่งที่ขอความช่วยเหลือ)

-เพื่อแจ้งขอทุนอุดหนุนส่งเสริมสุขภาพ

๓. ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาด้วยแล้ว จำนวน.....๑.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) ทองนิกข์ สีตลวงสี ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

(ลงชื่อ) [ลายเซ็น] เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(นายธนศักดิ์ นิกขอบ)
เจ้าพนักงานป้องกันและบรรเทาสาธารณภัย



ทศพรพงษ์ นิตลาง (เมื่อก่อน)