



ใบสมัคร



โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชน ประจำปี 2564

(กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ของท่าน)

1. ข้อมูลส่วนตัว ของเด็ก/เยาวชน

ชื่อ - สกุล

วัน - เดือน - ปี เกิด.....อายุปี น้ำหนัก.....

โรคประจำตัว.....ยาที่ใช้ประจำ(กรณีมีโรคประจำตัว).....

ประวัติแพ้ยา ไม่มี มี (โปรดระบุ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง

ชื่อ - สกุล บิดา

ชื่อ - สกุล มารดา

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

โทรศัพท์.....

3. เอกสารประกอบรับสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านเยาวชนในตำบลสะเตงนอก จำนวน 1 ฉบับ

อนุญาตให้

.....

เข้าร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเยาวชน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครภายในวันที่ 31 มีนาคม 2564

ได้ที่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลเมืองสะเตงนอก (ในวันเวลาราชการ)

โทร : 073 264 519

