



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ (กองสาธารณสุข) โทร.๐๗๓ ๖๕๓๐๒๐

ที่ นธ ๗๓๙๐๕/ ๙๕ วันที่ ๒ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอส่งใช้เงินยืมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ปี ๒๕๖๗

เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลสุเทพ

เรื่องเดิม

ตามที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสุเทพ ได้อนุมัติโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ปี ๒๕๖๗ โดยอนุมัติให้ นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ยืมเงินเพื่อเป็นค่าอาหาร จำนวน ๒,๕๐๐.- บาท ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๑,๒๐๐.- บาท ค่าหัตถการ บริการทางการแพทย์ จำนวน ๖๐,๐๐๐.-บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๓,๗๐๐.- บาท (หกหมื่นสามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน) นั้น

ข้อเท็จจริง

ในการนี้กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ได้ดำเนินการโครงการดังกล่าวเสร็จสิ้นแล้วเมื่อวันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗ จึงขอส่งใช้เงินยืมเป็น ๖๓,๗๐๐.- บาท (หกหมื่นสามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ระเบียบ/ข้อกฎหมาย

ประกาศคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ.๒๕๖๑ ข้อ ๑๐(๔) และ ข้อ ๑๗

ข้อพิจารณา

เห็นควรมอบกองคลัง ดำเนินการเบิกจ่ายเงินตามระเบียบฯ ต่อไป

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(นายยูชีพ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ความเห็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)



(นางดุขดี ช่วยแสน)

หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ ๒ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)



(นางสาวศรีกัญญา ภู่อาย)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
.....
.....

.....
.....
.....

(ลงชื่อ)

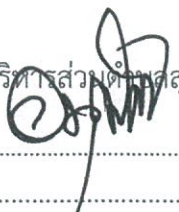


(นางสาวศรีกัญญา ภู่อาย)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล รักษาราชการแทน
ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

.....
.....
.....



(ลงชื่อ)



(นายเพียร มะโนภักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย
วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

รายชื่อผู้เข้ารับการขลิบ โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน
 ประจำปี ๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗
 ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	ตำบล	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1 ✓	ชารอน ดันอ	1	สีทองปาด	ชารอน	
2 ✓	ฟ้าพรศ มินนะมะ	5	สีทองปาด	ฟ้าพรศ	/
3 ✓	มอซมัน เหวโต	5	สีทองปาด	มอซมัน	/
4 ✓	พรอาน มะเยง	5	สีทองปาด	พรอาน	
5 ✓	พรสมัน ใตจิดัง	9	สีทองปาด	พรสมัน	/
6 ✓	อุลมาฆ ติงมะ	7	สีทองปาด	อุลมาฆ ติงมะ	
๗ ✓	ฟากัพ ชูช	๗	สีทองปาด	ฟากัพ	/
8	กพวิษ ชาติอวล	7	สีทองปาด	กพวิษ	/
9	มอซมันดมาช มอซมัน	7	สีทองปาด	มอซมัน	/
10 ✓	ชวาจิว มาญะ	7	สีทองปาด	ชวาจิว	
11	ชูลกิมลี ตอเลาย	9	สีทองปาด	ชูลกิมลี	/
12	พรอาน ใสะตาทอง	9	สีทองปาด	พรอาน	
13	ด.ช. อิบดลเกาะ กูช	7	สีทองปาด	อิบดลเกาะ	
14	ด.ช. ฮากังมิง ใสะมะ	7	สีทองปาด	ฮากังมิง	
15	ด.ช. ฟิรดาวล มะแซ	7	สีทองปาด	ฟิรดาวล	
16	ด.ช. สหิษ รอนง	๙	สีทองปาด	สหิษ	
17	ด.ช. นัสริตง อาตง	9	สีทองปาด	นัสริตง	
18	ด.ช. มอซมันมอซมันวิฬะ ๗	9	สีทองปาด	มอซมันมอซมันวิฬะ	
19	ด.ช. ฟิรดิง ชิงยูช	9	สีทองปาด	ฟิรดิง	
20	ด.ช. สอสมาน มะนง	5	สีทองปาด	สอสมาน	
๒1	ด.ช. มอซมันมอซมันวิฬะ ๗	1	สีทองปาด	มอซมันมอซมันวิฬะ	
๒2	ด.ช. อัมมอริตติง มินปะ	1	สีทองปาด	อัมมอริตติง	
23	ด.ช. สักฟัก ๓๐	9	สีทองปาด	สักฟัก	
๒4	ด.ช. ซาฟีฟ มะนาอิต	7	สีทองปาด	ซาฟีฟ	
25	ด.ช. อีฟอิม ปันมะ	7	สีทองปาด	อีฟอิม	
26	ด.ช. มอซมันมอซมันวิฬะ ๗	๗	สีทองปาด	มอซมันมอซมันวิฬะ	
๒7	ด.ช. อัสรี มากาตริ	๕	สีทองปาด	อัสรี	
๒8	บัลลาซึ ยามา	9	สีทองปาด	บัลลาซึ	
๒9	อิบดลชากิม มาม	9	สีทองปาด	อิบดลชากิม	
30	ตายนัดัง มากือตา	5	สีทองปาด	ตายนัดัง	
31	ไฟซึซาฟีฟ มาบระ	๖	สีทองปาด	ไฟซึซาฟีฟ	
32	มอซมันมอซมันวิฬะ ๗	1	สีทองปาด	มอซมันมอซมันวิฬะ	
33	บาริอากิล ฆะโก๊ะ	1	สีทองปาด	บาริอากิล	

รายชื่อผู้เข้ารับการศึกษา โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน

ประจำปี ๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

เด็ก + ผู้ปกครอง

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	ตำบล	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
1	ชกรอน อีห่อ	1	สุโขทัย	ชกรอน	
2	มอชัยมัน บบเกิด	5	สุโขทัย	มอชัยมัน	
3	ฟ้าพร น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	ฟ้าพร	
4	พรอาน น = เยิง	5	สุโขทัย	พรอาน	
5	พรอาน บ่อเกิด	9	สุโขทัย	พรอาน	
6	ฟ้าพิ ฟ้าพิ	1	สุโขทัย	ฟ้าพิ	
7	อชิตาภาท กุโณ	5	สุโขทัย	อชิตาภาท	
8	ฟ้าพิ ฟ้าพิ	5	สุโขทัย	ฟ้าพิ	
9	กาญจนา น : สีทาเม	5	สุโขทัย	กาญจนา	
10	มอชัยมัน ทรายทอง	9	สุโขทัย	มอชัยมัน	
11	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
12	อชิตาภาท กุโณ	5	สุโขทัย	อชิตาภาท	
13	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
14	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
15	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
16	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
17	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
18	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
19	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
20	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
21	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
22	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
23	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
24	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
25	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
26	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
27	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
28	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
29	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
30	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
31	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
32	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	
32	พรอาน น. ยินเน = น.	5	สุโขทัย	พรอาน	

รายชื่อผู้เข้าร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน

ประจำปี ๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗

ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	หมู่ที่	ตำบล	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
33	อ.ช. มิ่งดาวัลย์ ๗๒/๒๕	๗	สุโขทัย	มิ่งดาวัลย์	
34	ช.ช. อาตม ๗๕๒๕	๗	สุโขทัย	อาตม	
35	น.ส. ชุติษา ตาเงินป่า	๙	สุโขทัย	ชุติษา	
36	อ.ช. สัตย์ชัย ๗๐๒๖	๙	สุโขทัย	สัตย์ชัย	
๓๗	อ.ช. นัสร์ดิน อาแวบง	๙	สุโขทัย	นัสร์ดิน	
38	นาย ตาร์รินทร์ อาแวบง	๙	สุโขทัย	ตาร์รินทร์	
39	อ.ช. มอัมหมัด รุยยี พี่เร	๙	สุโขทัย	มอัมหมัด รุยยี	
40	นาย รอมือฮ์ พี่เร	๙	สุโขทัย	รอมือฮ์	
41	อ.ช. ฟิรดี บินบุรีชัย	๙	สุโขทัย	ฟิรดี	
42	นาย ยาวี บินบุรีชัย	๙	สุโขทัย	ยาวี	
43	นาง นามานะ มะฮ์อริ	5	สุโขทัย	นามานะ	
44	อ.ช. สักมานะ นอหะมะ	5	สุโขทัย	สักมานะ	
45	นาย ยัด บินฮาเจี	1	สุโขทัย	ยัด	
46	อ.ช. มีฮันมัดอัยยาร์ เจ๊ะมอด	1	สุโขทัย	มีฮันมัดอัยยาร์	
47	อ.ช. อีมร์อิดดิน บินประจักษ์	1	สุโขทัย	อีมร์อิดดิน	
48	น.ส. ชชนิตา ปิยะบุญ	1	สุโขทัย	ชชนิตา	
49	นาย สาฮ์อริ อาแวบง	๙	สุโขทัย	สาฮ์อริ	
50	อ.ช. สักฟีลี ๓๐๒๖	๙	สุโขทัย	สักฟีลี	
๕๑	อ.ช. ซ่าฟีซ มะฮ์อริ	๗	สุโขทัย	ซ่าฟีซ	
52	นาง อับดุลรอฮ์มาน มะฮ์อริ	๗	สุโขทัย	อับดุลรอฮ์มาน	
53	น.ส. ไนโงะฮิง ตอเลาะ	๗	สุโขทัย	ไนโงะฮิง	
54	นาย อูรมานะ ๗๐๗๐๑๐	๗	สุโขทัย	อูรมานะ	
56	อ.ช. มีฮันมัดอัยยาร์ ๗๐๗๐๑๐	๗	สุโขทัย	มีฮันมัดอัยยาร์	
57	อ.ช. อัสรี บากาฮาล์	๙	สุโขทัย	อัสรี	
58	นาย ชุริ บากาฮาล์	๙	สุโขทัย	ชุริ	
59	น.ส. เจ็ซซาลา ๗๒๒๒	๙	สุโขทัย	เจ็ซซาลา	
60	อ.ช. มัลลาล์ บากา	๙	สุโขทัย	มัลลาล์	

รายชื่อผู้เข้าร่วม โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน
ประจำปี ๒๕๖๗ วันที่ ๓๐ เมษายน ๒๕๖๗
ณ หอประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	ตำบล	ลายมือชื่อ	หมายเหตุ
๖1	นาง อธิคุณ พลเยี่ยม	๑	วังน้ำเย็น	อธิคุณ พลเยี่ยม	
๖2	ดร. อธิคุณ พลเยี่ยม	๑	วังน้ำเย็น	อธิคุณ พลเยี่ยม	
๖3	ดร.ช. ดาญดี	๕	วังน้ำเย็น	ดาญดี	
๖4	นาง สมศรี	๕	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๖5	นาง นงน	๕	วังน้ำเย็น	นงน	
๖6	ดร.ช. ไพฑูริย์	๕	วังน้ำเย็น	ไพฑูริย์	
๖7	ดร.ช. สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๖8	ดร. พัดดา	๑	วังน้ำเย็น	พัดดา	
๖9	ดร.ช. ขวัญ	๑	วังน้ำเย็น	ขวัญ	
๗0	นาง ช่อชัย	๑	วังน้ำเย็น	ช่อชัย	
๗1	นาง สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๗2	ดร. อารีย์	๑	วังน้ำเย็น	อารีย์	
๗3	ดร. นริศ	๑	วังน้ำเย็น	นริศ	
๗4	ดร.ช. อธิคุณ	๑	วังน้ำเย็น	อธิคุณ	
๗5	นาง ชกฤษณี	๑	วังน้ำเย็น	ชกฤษณี	
๗6	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๗7	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๗8	นาง สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๗9	นาง สมศรี	๕	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๘0	ดร.ช. ไพฑูริย์	๕	วังน้ำเย็น	ไพฑูริย์	
๘1	ดร.ช. รศ.	๑	วังน้ำเย็น	รศ.	
๘2	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๘3	นาง อธิคุณ	๑	วังน้ำเย็น	อธิคุณ	
๘4	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๘5	นาง สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๘6	นาง สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	
๘7	ดร.ช. อธิคุณ	๑	วังน้ำเย็น	อธิคุณ	
๘8	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๘9	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๙0	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๙1	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๙2	ดร.ช. ชัย	๑	วังน้ำเย็น	ชัย	
๙3	นาง สมศรี	๑	วังน้ำเย็น	สมศรี	

บัตรประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 3 9611 00435 01 4

ชื่อตัวและชื่อสกุล น.ส. สุปิยะ มะยู่ไซ้
 Name Miss Supiyah
 Last name Mayusoh
 เกิดวันที่ 28 ส.ค. 2518
 Date of Birth 28 Aug. 1975
 ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 4 ซ.ตลาดนัด 4 ถ.จารุเสถียร ต.ปะหลุ
 อ.สุโขทัย จ.นครราชสีมา
 1 ก.ย. 2569 1 Sep. 2016
 วันบัตรหมดอายุ Date of Expiry 27 ส.ค. 2568 27 Aug. 2025

รองสารวัตร (สารวัตร บุดะไฮค์) เจ้าพนักงานสอบสวน

9611-03-09010922



สุพียะ
 (น.ส. สุพียะ มะยู่ไซ้)

อาหารว่าง

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ปี ๒๕๖๗



(นายยูชีพ ดอเสาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า นายต่วนมะสักรี รายนาคาลี อยู่บ้านเลขที่ ๒๓๘/๔ หมู่ที่ ๑๓ ถนน -
ตำบล โคกเคียน อำเภอ เมือง จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงปาดี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงิน ค่าตอบแทนวิทยากร จากองค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงปาดี โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ประจำปี ๒๕๖๗ จำนวน ๒ ชั่วโมง ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท เป็นเงิน	๑,๒๐๐	๐๐
จำนวนเงิน (-หนึ่งพันสองร้อยบาทถ้วน-)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑,๒๐๐ ๐๐

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินแล้ว

(ลงชื่อ).....

(นางนงเยาว์ เกษกุล)
ผู้อำนวยการกองคลัง

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายต่วนมะสักรี รายนาคาลี)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

 **บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card**
เลขประจำตัวประชาชน 3 9603 00211 40 2
Identification Number

ชื่อและชื่อสกุล นาย ต่วนมะสักรี รายอคาลี
Name Mr. Tuanmasakree
Last name Rayorkalai
เกิดวันที่ 19 ก.พ. 2521
Date of Birth 19 Feb. 1978
ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 238/4 หมู่ที่ 13 ต.โคกเคียน อ.เมืองนราธิวาส
จ.นราธิวาส
28 ต.ค. 2565
วันออกบัตร
18 ก.พ. 2574
วันบัตรหมดอายุ
18 Feb. 2031
Date of Issue 18 Feb. 2031
Date of Expiry

9604-07-10260916



สำเนาถูกต้อง



(นายต่วนมะสักรี รายอคาลี)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า นายต่วนมะสักรี รายนาคาลี อยู่บ้านเลขที่ ๒๓๘/๔ หมู่ที่ ๑๓ ถนน -
ตำบล โคกเคียน อำเภอ เมือง จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงปาดี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินค่าตอบแทนในการดำเนินการขลิบ (ทางการแพทย์) โครงการขลิบหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ประจำปี ๒๕๖๗		
จำนวน ๑๕ คน คนละ ๑,๒๐๐ บาท	เป็นเงิน	๑๘,๐๐๐ -
จำนวนเงิน (-หนึ่งหมื่นแปดพันบาทถ้วน-)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๑๘,๐๐๐ -

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินแล้ว

(ลงชื่อ).....

(นางนงเยาว์ เกษกุล)
ผู้อำนวยการกองคลัง

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายต่วนมะสักรี รายนาคาลี)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card

เลขประจำตัวประชาชน 3 9603 00211 40 2

Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ต่วนมะลักรี รายอคาลี

Name Mr. Tuanmasak Raiyakalai

Last name Raiyakalai

เกิดวันที่ 19 ก.พ. 2521

Date of Birth 19 Feb. 1978

ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 238/4 หมู่ที่ 13 ต.โคกเคียน อ.เมืองนราธิวาส

จ.นราธิวาส

28 ต.ค. 2565

วันออกบัตร

18 Oct. 2022

Date of Issue

นายต่วนมะลักรี รายอคาลี
เจ้าพนักงานออกบัตร

18 ก.พ. 2574

วันบัตรหมดอายุ

18 Feb. 2031

Date of Expiry



9604-07-10280916

สำเนาถูกต้อง

(นายต่วนมะลักรี รายอคาลี)

ใบอนุญาตที่ ๔๔๑๑๖๕๐๖๕



ต่ออายุครั้งที่ ๔

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และ
พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๐

สภาการพยาบาล
ออกใบอนุญาตนี้ให้แก่

นายตัวนมะลักริ รายอศาลิ

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

มีสิทธิประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย และข้อบังคับของสภาการพยาบาล



ออกให้ ณ วันที่ ๑๑ เดือน
พฤศจิกายน ปีที่ ๑๐ เดือน

อันว่าคม พุทธศักราช ๒๕๖๔
อันว่าคม พุทธศักราช ๒๕๖๔

อังกณ สอนงษ์
เลขาธิการสภาการพยาบาล

นายสภาการพยาบาล

CS สแกนด้วย CamScanner

ตัวนมะลักริ
(นายตัวนมะลักริ รายอศาลิ)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่...๓๐...เดือน...เมษายน...พ.ศ.๒๕๖๗

ข้าพเจ้า นายดาเนี่ย มามะ อยู่บ้านเลขที่ ๑๒/๑ หมู่ที่ - ถนน แสงจันทร์
ตำบล บางนาค อำเภอ เมือง จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงปาตี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินค่าตอบแทนในการดำเนินการขลิบ (ทางการแพทย์) โครงการขลิบหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ประจำปี ๒๕๖๗		
จำนวน ๑๗ คน คนละ ๑,๒๐๐ บาท	เป็นเงิน	๒๐,๔๐๐ -
จำนวนเงิน (-สองหมื่นสี่ร้อยบาทถ้วน-)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๐,๔๐๐ -

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินแล้ว

(ลงชื่อ).....

(นางนงเยาว์ เกษกุล)

ผู้อำนวยการกองคลัง

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(นายดาเนี่ย มามะ)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นายยูชีพ ดอเลาะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
เลขประจำตัวประชาชน 1 9609 00033 65 7
Identification Number

ชื่อตัวและชื่อสกุล นาย ดาเนียล มามะ
Name Mr. Dania
Last Name Mama
เกิดวันที่ 3 ส.ค. 2530
Date of Birth 3 Aug. 1987
ศาสนา อิสลาม

ที่อยู่ 12/1 ถ.แสงจันทร์ ต.บางนาค อ.เมืองนราธิวาส
จ.นราธิวาส

21 ส.ค. 2562 วันออกบัตร 21 Aug. 2019
2 ส.ค. 2571 วันบัตรหมดอายุ 2 Aug. 2026
9609-04-08211316



สำเนาถูกต้อง

ดาเนียล มามะ
(นายดาเนียล มามะ)

ใบอนุญาตที่ ๕๕๑๑๒๓๒๒๒๙



ต่ออายุครั้งที่ ๒

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์

อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๕ และ
พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐

สภาการพยาบาล

ออกใบอนุญาตนี้ให้แก่

นายดาเนียร มามะ

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง

มีสิทธิประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย และข้อบังคับของสภาการพยาบาล



ออกให้ ณ วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พุทธศักราช ๒๕๖๕

หมดอายุ วันที่ ๒๙ เดือน เมษายน พุทธศักราช ๒๕๗๐

นางสาว ศันสนิศา

สุวิทย์ แก้วดวงใจ

เลขาธิการสภาการพยาบาล

นายกสภาการพยาบาล

1284788

ดีใจมากที่ต้อง

สามารถทำงาน

(นายดาเนียร มามะ)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ ๓๐ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ข้าพเจ้า นายโยฮารี มะโระ อยู่บ้านเลขที่ ๖๑/๒ หมู่ที่ ๔ ถนน -
ตำบล ตะปอเยาะ อำเภอ ยี่งอ จังหวัด นราธิวาส

ได้รับเงินจาก องค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงปาตี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
ได้รับเงินค่าตอบแทนในการดำเนินการขลิบ (ทางการแพทย์) โครงการขลิบหนังหุ้ม ปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ประจำปี ๒๕๖๗		
จำนวน ๑๘ คน คนละ ๑,๒๐๐ บาท	เป็นเงิน ๒๑,๖๐๐	-
จำนวนเงิน (-สองหมื่นหนึ่งพันหกร้อยบาทถ้วน-)	รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	๒๑,๖๐๐ -

ขอรับรองว่าได้จ่ายเงินแล้ว

(ลงชื่อ).....
(นางนงเยาว์ เกษกุล)
ผู้อำนวยการกองคลัง

(ลงชื่อ).....
(นายโยฮารี มะโระ)

(ลงชื่อ).....
(นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ


บัตรประจำตัวประชาชน Thai National ID Card
 เลขประจำตัวประชาชน Identification Number 1 9604 00035 96 1

ชื่อและนามสกุล นาย โยฮารี มะโระ
 Name Mr. Yoharee
 Last name Maroh

เกิดวันที่ 8 ก.พ. 2530
 Date of Birth 8 Feb. 1987

พิกัด 61/2 หมู่ที่ 4 ต.ตะโปนไชยะ
 อ.บ้านลาด
 จ.บุรีรัมย์
 9-Jun-2022 (Date of Issue)
 7 ก.พ. 2574 (Date of Expiry)

9603-04-00091046



BORA-10.7-02-2564



ประเทศไทย
THAILAND

JC3-1539648-22

สำเนาถูกต้อง

โยฮารี

ใบอนุญาตที่ ๕๔๑๑๒๓๐๘๔๐



ต่ออายุครั้งที่ ๒

ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์
อาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘ และ
พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๔๐

สภาการพยาบาล
ออกใบอนุญาตนี้ให้แก่
นายโยฮารี มะโระ

เป็นผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง
มีสิทธิประกอบวิชาชีพภายใต้บังคับแห่งกฎหมาย และข้อบังคับของสภาการพยาบาล



ออกให้ ณ วันที่ ๒๖ เดือน ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๖๔
หมดอายุ วันที่ ๒๕ เดือน ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๖๙

อรรถ มโนลภณ์
เลขาธิการสภาการพยาบาล

นายสภาการพยาบาล

1273552
สำเนาถูกต้อง

โยฮารี



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ (กองสาธารณสุข) โทร.๐๗๓ ๖๕๓๐๒๐

ที่ นธ ๗๓๙๐๕/ นท วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลสุเทพ

เรียน นายกองค้การบริหารส่วนตำบลสุเทพ

เรื่องเดิม

ตามที่ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ได้มีมติอนุมัติแผนงาน/โครงการ ในคราวประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ วงเงินงบประมาณ ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ทางกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ขอบริจาคเงินสนับสนุนโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ เป็นจำนวนเงิน ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ขออนุมัติดำเนินการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมตามโครงการฯ ดังกล่าวให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ เป็นจำนวนเงิน เป็นจำนวนเงิน ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ตรวจสอบแล้วมีงบประมาณเพียงพอที่จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินดังกล่าวได้

ระเบียบ/ข้อเสนอแนะ

เห็นควรดำเนินการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาบริหารจัดการให้แก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ตามโครงการฯ รายละเอียดตามแผนงาน/โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคภัยพิบัติ สมรรถภาพฯ

(ลงชื่อ)

(นายยูชีพ ต่อเลาะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

/ความเห็นผู้อำนวยการ...

ความเห็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

.....
เห็นชอบ
.....

(ลงชื่อ)


(นางดุขติ ช่วยเสน)

หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล


.....
.....

(ลงชื่อ)


(นายสิทธิพงษ์ จันทรแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย


.....
.....

(ลงชื่อ)


(นายเพียร มะโนภักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

เอกสารที่แนบท้าย

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗

ลำดับ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
กิจกรรมที่ ๑ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์					
๑.	ค่าวิทยากรจำนวน ๑ คน ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๒ ชั่วโมง	๒	ชั่วโมง	๖๐๐	๑,๒๐๐
๒.	ค่าจ้างทำไวน์ขนาด ๑๒๐x๒๔๐ ซม.จำนวน ๑ แผ่น	๑	แผ่น	๗๒๐	๗๒๐
๓.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑ มื้อ x ๒๕ บาท x ๑๐๐ คน	๑๐๐	คน	๒๕	๒,๕๐๐
รวมกิจกรรมที่ ๑					๔,๔๒๐.๐๐
กิจกรรมที่ ๒ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (circumcision)					
๑.	ค่าหัตถการบริการทางการแพทย์ จำนวน ๕๐ คน x คนละ ๑,๒๐๐ บาท	๕๐	คน	๑,๒๐๐	๖๐,๐๐๐
๒.	ค่าผ้า ๕๐ คน x ๘๐ บาท	๕๐	คน	๘๐	๔,๐๐๐
รวมกิจกรรมที่ ๒					๖๔,๐๐๐.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๖๘,๔๒๐.๐๐

แบบเสนอโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่น

เขต 12 สงขลา

รหัสโครงการ 67-L2543-1-02

ชื่อโครงการ/กิจกรรม โครงการขุดลอกคูคลองและขุดลอกคูคลองในเขตเทศบาลเมืองและเทศบาลตำบล 2567
ชื่อกองทุน กองทุนสุขภาพตำบล อบต.สุไหงปาดี

ประเภทการสนับสนุน

- สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข [ข้อ 10(1)]
- สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น [ข้อ 10(2)]
- สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ [ข้อ 10(3)]
- สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนาองค์กร [ข้อ 10(4)]
- สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ [ข้อ 10(5)]
- สนับสนุนการใช้เงินตามลิขสิทธิ์ [ข้อ 10(6)]

หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อบต. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน กองการศึกษา
- กลุ่มหรือองค์กรประชาชนตั้งแต่ 5 คน
- สำนักงานเลขานุการกองทุน

ชื่อองค์กร กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี

กลุ่มคน

วันอนุมัติ 31 ต.ค. 2566

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

งบประมาณ จำนวน 68,420.00 บาท

สำเนาถูกต้อง

(นายยูชีพ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

1. หลักการและเหตุผล

ตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการสถานบริการหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่นและสนับสนุนส่งเสริมให้กลุ่มหรือองค์กรประชาชนดำเนินกิจกรรมด้านสาธารณสุขระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ในเรื่องการดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่มวัยและเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพอัตรายและอัตรายที่เป็นปัญหาสำคัญและความจำเป็นต่อการจัดการแก้ไขปัญหาสำคัญของประเทศ ซึ่งบางครั้งเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ เพราะดำเนินการอย่างไม่ถูกหลักอนามัย และหลักการทำความเข้าใจความสะอาดปลอดภัยซึ่งจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของเยาวชนเป็นอย่างยิ่ง ดังกล่าว กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสูงเนิน ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญต่อการจัดการแก้ไขปัญหาสุขภาพในกลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน จึงได้จัดโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ปี 2567 ขึ้น

2. สถานการณ์ปัญหา

สถานการณ์ปัญหา

ขนาด

3. วัตถุประสงค์/ตัวชี้วัด

วัตถุประสงค์	ตัวชี้วัดความสำเร็จ	เป้า หมาย 1 ปี
1. เพื่อให้เด็กและเยาวชนเข้าถึงบริการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย เพื่อลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อ	เด็กและเยาวชนได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายเพื่อลดภาวะเสี่ยงการติดเชื้อ ร้อยละ 100	40.00
2. เพื่อให้ความรู้การดูแลสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	เด็กและเยาวชนมีความเข้าใจในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70	40.00

4. วิธีดำเนินการกิจกรรม

1. อบรมให้ความรู้

รายละเอียด

1. จัดประชุมคณะกรรมการและคณะทำงานสุขภาพชุมชนเพื่อวางแผนการดำเนินงานโครงการ 2. ประชาสัมพันธ์ถึงพื้นที่สำรวจและรับสมัครเด็กและเยาวชน 3. จัดกิจกรรมให้ความรู้การดูแลสุขภาพ (การป้องกันโรคติดต่อ) ให้กับเด็ก เยาวชน และผู้ปกครอง เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันโรค ลดภาวะการติดเชื้อ รายละเอียดงบประมาณ - ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน 2 ชั่วโมงๆละ 600 บาท เป็นเงิน 1,200.-บาท - ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน 100 คนๆละ 25 บาท/มื้อ จำนวน 1 มื้อ เป็นเงิน 2,500.-บาท - ค่าวัสดุโครงการ 120x240 ซม เป็นเงิน 720.-บาท

งบประมาณ 4,420.00 บาท

2. ขลิบหนังหุ้มอวัยวะเพศชาย (circumcision)

รายละเอียด

เด็กและเยาวชนได้รับขลิบโดยทีมแพทย์และ จัดซื้อผ้าเพื่อใช้ในการดำเนินงานขลิบเพื่อป้องกันการติดเชื้อ รายละเอียดงบประมาณ 1.ค่าตัดการบริการทางการแพทย์ จำนวน 50 คน ๆ ละ 1,200 บาท เป็นเงิน 60,000.- บาท 2.ค่าผ้า จำนวน 50x80 บาท เป็นเงิน 4,000 บาท

งบประมาณ 64,000.00 บาท

5. งบประมาณ

งบประมาณโครงการ 68,420.00 บาท

6. ระยะเวลาดำเนินการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ ตั้งแต่ วันที่ 1 ตุลาคม 2566 ถึง 31 พฤษภาคม 2567

7. สถานที่ดำเนินการ

องค์การบริหารส่วนตำบลสูงเนิน

8. งบประมาณ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพกองทุนสุขภาพตำบล อบต.สูงเนิน จำนวน 68,420.00 บาท รายละเอียดดังในวิธีดำเนินการ/กิจกรรม ด้านบน

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1.เด็กและเยาวชนที่เข้าร่วมโครงการได้รับการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายทุกคน 2.เด็กและเยาวชนมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคลได้

10. สรุปแผนงานโครงการกิจกรรม

สำเนาถูกต้อง

(นายยูชีพ ดอเสาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

10.1 หน่วยงาน/องค์กร/กลุ่มคน ที่รับผิดชอบโครงการ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

ชื่อหน่วยงาน/องค์กร กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุโหงป่าดิ

ประเภทหน่วยงาน

- 10.1.1 หน่วยบริการหรือสถานบริการสาธารณสุข เช่น รพ.สต.
- 10.1.2 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของ อปท. เช่น กองสาธารณสุขของเทศบาล
- 10.1.3 หน่วยงานสาธารณสุขอื่นของรัฐ เช่น สสอ.
- 10.1.4 หน่วยงานอื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงเรียน
- 10.1.5 กลุ่มหรือองค์กรประชาชน
- 10.1.6 สำนักงานเลขาธิการกองทุน

10.2 ประเภทการสนับสนุน (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันฯ พ.ศ. 2561 ข้อ 10)

- 10.2.1 ประเภท 1 สนับสนุนการจัดบริการสาธารณสุขของ หน่วยบริการ/สถานบริการ/หน่วยงานสาธารณสุข
- 10.2.2 ประเภท 2 สนับสนุนกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคของกลุ่มหรือองค์กรประชาชน/หน่วยงานอื่น
- 10.2.3 ประเภท 3 สนับสนุนการจัดกิจกรรมของ ศูนย์เด็กเล็ก/ผู้สูงอายุ/คนพิการ
- 10.2.4 ประเภท 4 สนับสนุนการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ
- 10.2.5 ประเภท 5 สนับสนุนกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติ
- 10.2.6 ประเภท 6 การใช้เงินตามมติบอร์ด

10.3 กลุ่มเป้าหมายหลัก

- 10.3.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด
- 10.3.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน
- 10.3.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน
- 10.3.4 กลุ่มวัยทำงาน
- 10.3.5 กลุ่มผู้สูงอายุ
- 10.3.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 10.3.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ
- 10.3.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง
- 10.3.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่คาดว่าจะได้รับผลประโยชน์

50

คน

10.4 กิจกรรมหลักตามกลุ่มเป้าหมายหลัก**10.4.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอด**

- 10.4.1.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.1.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.1.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพก่อนคลอดและหลังคลอด
- 10.4.1.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรมให้ความรู้
- 10.4.1.5 การส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่
- 10.4.1.6 การคัดกรองและดูแลรักษาแม่เรื้อรังปากมดลูกและมะเร็งเต้านม
- 10.4.1.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก
- 10.4.1.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.2 กลุ่มเด็กเล็กและเด็กก่อนวัยเรียน

- 10.4.2.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.2.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.2.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.2.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรมให้ความรู้
- 10.4.2.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

สำเนาถูกต้อง

(นายยูชีพ ดอเลาะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

11/11/2566

10.4.2.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

10.4.2.7 การส่งเสริมสุขภาพช่องปาก

10.4.2.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.3 กลุ่มเด็กวัยเรียนและเยาวชน

10.4.3.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.3.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.3.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.3.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ฝึกอบรมให้ความรู้

10.4.3.5 การส่งเสริมพัฒนาการตามวัย/กระบวนการเรียนรู้ความฉลาดทางปัญญาและอารมณ์

10.4.3.6 การส่งเสริมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคตามวัย

10.4.3.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

10.4.3.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

10.4.3.9 อื่นๆ

ระบุ

10.4.4 กลุ่มวัยทำงาน

10.4.4.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.4.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.4.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.4.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ฝึกอบรมให้ความรู้

10.4.4.5 การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยทำงานและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในการทำงาน

10.4.4.6 การส่งเสริมการดูแลสุขภาพจิตแก่กลุ่มวัยทำงาน

10.4.4.7 การป้องกันและลดปัญหาด้านเพศสัมพันธ์/การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

10.4.4.8 การป้องกันและลดปัญหาด้านสารเสพติด/ยาสูบ/เครื่องดื่มแอลกอฮอล์

10.4.4.9 อื่นๆ

ระบุ

10.4.5 กลุ่มผู้สูงอายุ

10.4.5.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.5.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.5.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.5.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ฝึกอบรมให้ความรู้

10.4.5.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ

10.4.5.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า

10.4.5.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเข่าเสื่อม

10.4.5.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.6 กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

10.4.6.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ

10.4.6.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง

10.4.6.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ

10.4.6.4 การรณรงค์ประชาสัมพันธ์ฝึกอบรมให้ความรู้

10.4.6.5 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

10.4.6.6 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจ

10.4.6.7 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

10.4.6.8 การคัดกรองและดูแลผู้ป่วยโรคเมะเร็ง

10.4.6.9 อื่นๆ

ระบุ

สำเนาถูกต้อง



(นายยูชีพ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

10.4.7 กลุ่มคนพิการและทุพพลภาพ

- 10.4.7.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.7.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.7.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.7.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.7.5 การส่งเสริมพัฒนาทักษะทางกายและใจ
- 10.4.7.6 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะซึมเศร้า
- 10.4.7.7 การคัดกรองและดูแลผู้มีภาวะข้อเท้าเสื่อม
- 10.4.7.8 อื่นๆ

ระบุ

10.4.8 กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีภาวะเสี่ยง

- 10.4.8.1 การสำรวจข้อมูลสุขภาพ การจัดทำทะเบียนและฐานข้อมูลสุขภาพ
- 10.4.8.2 การตรวจคัดกรอง ประเมินภาวะสุขภาพ และการค้นหาผู้มีภาวะเสี่ยง
- 10.4.8.3 การเยี่ยมติดตามดูแลสุขภาพ
- 10.4.8.4 การรณรงค์/ประชาสัมพันธ์/ฝึกอบรม/ให้ความรู้
- 10.4.8.5 การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ
- 10.4.8.6 อื่นๆ

ระบุ

10.4.9 สำหรับการบริหารหรือพัฒนากองทุนฯ [ข้อ 10(4)]

- 10.4.9.1 อื่นๆ

ระบุ

ลงชื่อ

ผู้เสนอแผนงานโครงการ/กิจกรรม

(นาย ยูไซฟ ดอเลาะ)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. 31 ต.ค. 2566

สำเนาถูกต้อง


(นาย ยูไซฟ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย (กองสาธารณสุขฯ) โทรศัพท์ ๐๗๓-๖๕๓๐๒๐

ที่ นธ ๗๓๔๐๕/๗๖

วันที่ ๒ เมษายน ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินค่าใช้จ่ายในโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ปี ๒๕๖๗

เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

เรื่องเดิม

ตามที่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย ได้จัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน ปี ๒๕๖๗ เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลสุโขทัย ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๗ จำนวน ๖๘,๔๒๐.- บาท(หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) เพื่อจ่ายเป็นค่าวิทยากร ค่าอาหาร ค่าเครื่องมือและค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมายจำนวน ๕๐ คน ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณและบันทึกข้อมูลโครงการในระบบกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบลสุโขทัย ประจำปี ๒๕๖๗ เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้อเท็จจริง

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย ได้จัดทำบันทึกข้อความที่ นธ๗๓๔๐๕/๖๖ ลงวันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗ เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลสุโขทัย เป็นที่เรียบร้อยแล้วและเพื่อให้การจัดทำโครงการดังกล่าวเป็นไปตามวัตถุประสงค์ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย จึงขออนุมัติเงินยืมค่าใช้จ่ายจัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ ให้ผู้รับผิดชอบโครงการ คือ นายยูชีพ ดอเลาะ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ดังนี้

๑. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม จำนวน ๑ มื้อ เป็นเงิน ๒,๕๐๐ บาท
มีโต๊ะ ๒๕ บาท จำนวน ๑๐๐ คน
 ๒. ค่าตอบแทนวิทยากร จำนวน ๑ คน เป็นเงิน ๑,๒๐๐ บาท
ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๒ ชั่วโมง
 ๓. ค่าหัตถการบริการทางการแพทย์ เป็นเงิน ๖๐,๐๐๐ บาท
คนละ ๑,๒๐๐ บาท จำนวน ๕๐ คน
- รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ๖๓,๗๐๐.- บาท (หกหมื่นสามพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

ระเบียบและหนังสือสั่งการที่เกี่ยวข้อง

๑. ระเบียบมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่ายเงิน การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๖๖ ข้อ ๙๐ (๑) ๙๓ (๓)
๒. ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ.๒๕๕๗ ข้อ ๑๒ (๑๑) (๑๒) (๑๖) ข้อ ๑๗ (ก)

ข้อพิจารณา

-เห็นควรมอบงานกองคลังเบิกจ่ายตามระเบียบฯ ต่อไป

ข้อพิจารณา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

สำเนาถูกต้อง

(นายยูชีพ ดอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(ลงชื่อ)

(นายยูชีพ ดอเลาะ)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

/ความเห็น...

ความเห็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

.....
เห็นชอบ

(ลงชื่อ)



(นางคุชดี ช่วยแสน)

หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน

ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

วันที่ ๗ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นรองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
เห็นชอบ

(ลงชื่อ)



(นางสาวศรีกัญญา กุ์สาย)

รองปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

วันที่ ๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

.....
เห็นชอบ

(ลงชื่อ)



(นายสิทธิพงษ์ จันทรแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

วันที่ ๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

.....
เห็นชอบ

(ลงชื่อ)



(นายเพียร มะโนภักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย

วันที่ ๘ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๗

สำเนาถูกต้อง



(นายยูชีพ ดอเลาะ)

วิชาการสาธารณสุขชำนาญการ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ (กองสาธารณสุข) โทร.๐๗๓ ๖๕๓๐๒๐

ที่ นธ ๗๓๔๐๕/ ๒๒

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตำบลสุเทพ

เรียน นายกองการบริหารส่วนตำบลสุเทพ

เรื่องเดิม

ตามที่ คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ได้มีมติอนุมัติแผนงาน/โครงการ ในคราวประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๗ เมื่อวันที่ ๓๑ ตุลาคม ๒๕๖๖ วงเงินงบประมาณ ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ทางกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ขอบริจาคเงินสนับสนุนโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ เป็นจำนวนเงิน ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)

ข้อเท็จจริง

กองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ขออนุมัติดำเนินการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ ของกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการจัดกิจกรรมตามโครงการฯ ดังกล่าวให้แก่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ เป็นจำนวนเงิน เป็นจำนวนเงิน ๖๘,๔๒๐.๐๐ บาท (หกหมื่นแปดพันสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) ตรวจสอบแล้วมีงบประมาณเพียงพอที่จะดำเนินการเบิกจ่ายเงินดังกล่าวได้

ระเบียบ/ข้อเสนอแนะ

เห็นควรดำเนินการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการบริหารจัดการกองทุนและพัฒนาบริหารจัดการให้แก่คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ตามโครงการฯ รายละเอียดตามแผนงาน/โครงการกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลสุเทพ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ

(ลงชื่อ)

(นายยูชีพ ดอเสาะ) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง

(นายยูชีพ ดอเสาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

/ความเห็นผู้อำนวยการ...

ความเห็นผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

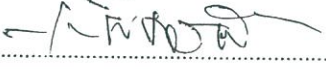
.....
เห็นชอบ
.....

(ลงชื่อ)



(นางชุชติ ช่วยเสน)

หัวหน้าสำนักปลัด รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล


.....
.....

(ลงชื่อ)



(นายสิทธิพงษ์ จันทรแก้ว)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

ความเห็นนายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยหงษ์ป่า


.....
.....

(ลงชื่อ)


(นายเพียร มะโนภักดิ์)

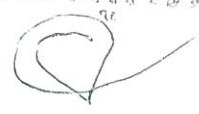
นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยหงษ์ป่า
วันที่ ๑๑ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗

สำเนาถูกต้อง



(นายยูชีพ ตอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

สำเนาถูกต้อง



(นายยูชีพ ตอเลาะ)
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

เอกสารที่แนบท้าย

โครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗

ลำดับ	รายการค่าใช้จ่าย	จำนวน	หน่วย	ราคา/หน่วย (บาท)	จำนวนเงิน (บาท)
กิจกรรมที่ ๑ อบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์					
๑.	ค่าวิทยากรจำนวน ๑ คน ชั่วโมงละ ๖๐๐ บาท จำนวน ๒ ชั่วโมง	๒	ชั่วโมง	๖๐๐	๑,๒๐๐
๒.	ค่าจ้างทำไวนิลขนาด ๑๒๐x๒๔๐ ซม.จำนวน ๑ แผ่น	๑	แผ่น	๗๒๐	๗๒๐
๓.	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ๑ มื้อ x ๒๕ บาท x ๑๐๐ คน	๑๐๐	คน	๒๕	๒,๕๐๐
รวมกิจกรรมที่ ๑					๔,๔๒๐.๐๐
กิจกรรมที่ ๒ การขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย (circumcision)					
๑.	ค่าตัดถกรบริการทางการแพทย์ จำนวน ๕๐ คน x คนละ ๑,๒๐๐ บาท	๕๐	คน	๑,๒๐๐	๖๐,๐๐๐
๒.	ค่าผ้า ๕๐ คน x ๘๐ บาท	๕๐	คน	๘๐	๔,๐๐๐
รวมกิจกรรมที่ ๒					๖๔,๐๐๐.๐๐
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น					๖๘,๔๒๐.๐๐

สำเนาถูกต้อง



สำเนาถูกต้อง



(นายยูชีพ ดอเลาะ)
กวีวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

(นายยูชีพ ดอเลาะ)
กวีวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าตี อำเภอสุไหงป่าตี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ชุกรอน นามสกุล ตินอะ
บ้านเลขที่ 5 หมู่ที่ 1 ตำบล สุไหงป่าตี อำเภอ สุไหงป่าตี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๑ โรงเรียน สะโอดโปงก

- (✓) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ไข่ม นามสกุล ยูโซะ
บ้านเลขที่ 5 หมู่ที่ 1 ตำบล สุไหงป่าตี อำเภอ สุไหงป่าตี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ชุกรอน นามสกุล ตินอะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าตี อำเภอสุไหงป่าตี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ไข่ม ผู้ปกครอง
(นาย ไข่ม ยูโซะ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 098.192.9410

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูเซีฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ฟานรุสนามสกุล มีนทะมะ
บ้านเลขที่ ๑๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ป.๑ โรงเรียน ศึกษาศาสตร์ จิตตภา เคา์โอรัง

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อึ้งสาภานามสกุล กูโหม
บ้านเลขที่ ๑๑๒ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ฟานรุสนามสกุล มีนทะมะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อึ้งสาภาผู้ปกครอง
(นางสาว อึ้งสาภา กูโหม)
เบอร์โทรผู้ปกครอง..... ๐๙๒๑๓๑๘๕๕

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. มุศิณห์นามสกุล แม่อุ
บ้านเลขที่ 183 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ป.3 โรงเรียน บ้านหนองกระแต

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ปัทมานามสกุล อึ้ง
บ้านเลขที่ 183 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) มุศิณห์นามสกุล แม่อุ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ปัทมาผู้ปกครอง
(นางสาว ปัทมา อึ้ง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 0925648846

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. พีรธนานามสกุล ประโด่ง
บ้านเลขที่ 189 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ป.๓ โรงเรียน บ้านตาเซะเหนือ

- (✓) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ทพนามสกุล ประโด่ง
บ้านเลขที่ 189 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) พีรธนานามสกุล ประโด่ง

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ทพ ประโด่ง ผู้ปกครอง
(นางสาว ทพ ประโด่ง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 0809609215

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อุทัยศักดิ์ พิรพงษ์นามสกุล เดชะ
บ้านเลขที่ ๑๑/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๔ โรงเรียน พื้นที่กิ่งสูง

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อุทัยศักดิ์นามสกุล เดชะ
บ้านเลขที่ ๑๑/๒ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อุทัยศักดิ์ พิรพงษ์นามสกุล เดชะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อุทัยศักดิ์ผู้ปกครอง
(อุทัยศักดิ์ เดชะ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๙๖ ๑๐๓๘๒๓๒

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อรุณนามสกุล โพธิ์
บ้านเลขที่ 17 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 3 โรงเรียน ว.บ.วิ.๑๖

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อรุณนามสกุล โพธิ์
บ้านเลขที่ 17 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อรุณนามสกุล โพธิ์

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อรุณผู้ปกครอง
(นางอรุณ กง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายชูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๔๐๖๓๔๗



ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. พวภิรมนามสกุล ชิวรี่
บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ที่ ๗ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๓ โรงเรียน วชิรวิทย์

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
 ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ศ. พงษ์ภรณ์นามสกุล ชิวรี่
บ้านเลขที่ ๒๘ หมู่ที่ ๗ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) พวภิรมนามสกุล ชิวรี่

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ศ. พงษ์ภรณ์ผู้ปกครอง
(ศ. พงษ์ภรณ์) พงษ์ภรณ์ ชิวรี่
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าดี อำเภอสุไหงป่าดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ว.ฟูวันนามสกุล ราชอ ดาณ
บ้านเลขที่ ๒๘/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๓ โรงเรียน จ.อ.ว.ก.ด.

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ว.ฟูวันนามสกุล ช.ม.ม
บ้านเลขที่ ๒๘/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ว.ฟูวันนามสกุล ราชอ ดาณ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าดี อำเภอสุไหงป่าดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ว.ฟูวันผู้ปกครอง
(๒๘ ม.ฟูวัน ๑๕๖๖)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๙-๖๖๖-๖๖๖๖

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ๊ะฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. สุฮันมัด มานีนามสกุล กุลขจร
บ้านเลขที่ ๕๙/๒ หมู่ที่ ๗ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๒/๔ โรงเรียน โรงเรียน

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ไอศานนามสกุล สุวิโร
บ้านเลขที่ ๕๙/๒ หมู่ที่ ๗ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สุฮันมัด มานีนามสกุล กุลขจร

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ไอศานผู้ปกครอง
(ไอศาน สุวิโร)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 - ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 - ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๔๐๖๓๔๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. สงวนไว้นามสกุล สงวนไว้
บ้านเลขที่ 140 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 93 โรงเรียน สงวนไว้

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สงวนไว้นามสกุล สงวนไว้
บ้านเลขที่ 140 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สงวนไว้นามสกุล สงวนไว้

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ผู้ปกครอง
(สงวนไว้)

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๔๐๖๓๔๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. จิวัฒน์นามสกุล โกลิทันน
บ้านเลขที่ 111/1 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
() ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... อาชีวะนามสกุล โกลิทันน
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหาร
ส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบทิ้งหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. สุกัญญา นามสกุล ดอเลาะ
บ้านเลขที่ ๑๑๗/๒ หมู่ที่ ๑๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น.....โรงเรียน.....

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบทิ้งหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ. ต้นกล้า.....นามสกุล.....กุ่ม
บ้านเลขที่.....49.....หมู่ที่.....7.....ตำบล.....สุโขทัย.....อำเภอ.....สุโขทัย.....จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น.....ป.๓.....โรงเรียน.....วัดสมานทิพย์.....

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....สมชาย.....นามสกุล.....กุ่ม
บ้านเลขที่.....49.....หมู่ที่.....7.....ตำบล.....สุโขทัย.....อำเภอ.....สุโขทัย.....จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ต.ช./นาย).....ต้นกล้า.....นามสกุล.....กุ่ม

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ.....สมชาย.....ผู้ปกครอง
(สมชาย กุ่ม)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....๐๙๕๒๙๓๐๑๕๙.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเกาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อภิวัฒน์นามสกุล ค.ม.
บ้านเลขที่ 7 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 2 โรงเรียน ลาดบัวขาว

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า อภิรักษ์ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล ค.ม.
บ้านเลขที่ 7 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อภิวัฒน์นามสกุล ค.ม.

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ อภิรักษ์ ผู้ปกครอง
(0810061 512)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 08-2-2633-44

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. พิชญดา.....นามสกุล..... ช. ๒๕
บ้านเลขที่ ๗๑.....หมู่ที่ ๗.....ตำบล สุโขทัย.....อำเภอ สุโขทัย.....จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ๕.....โรงเรียน สิมรินทร์วิทยา.....

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....
บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง
(.....)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ตอเกาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ศุภชัยนามสกุล รัตน
บ้านเลขที่ ๘๑๖ หมู่ที่ ๙ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๕.๓ โรงเรียน บ้านคลองสูง

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นริศนามสกุล กาละวีระ
บ้านเลขที่ ๘๑๖ หมู่ที่ ๙ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ศุภชัยนามสกุล รัตน

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ นริศ ผู้ปกครอง
(นริศ กาละวีระ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๙๘-๒๙๑๐๗๑๔

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอละาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ค.ช./ค.ญ. นัทธ์ดีห์นามสกุล อาแวง
บ้านเลขที่ ๖๑/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ป.๕ โรงเรียน ตลิ่งสูง

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ดักรินทร์นามสกุล อาแวง
บ้านเลขที่ ๔/๒ หมู่ที่ ๑๐ ตำบล เกาะขาม อำเภอ วิเศษชัยชาญ จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ค.ช./นาย) นัทธ์ดีห์นามสกุล อาแวง

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ดักรินทร์ อาแวง ผู้ปกครอง
(ดักรินทร์ อาแวง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๘๔-๓๙๕๕๓๕๙

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนักรวมปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อ.อิม นัดอ วิชัยนามสกุล วิเศษ
บ้านเลขที่ ๘๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล ท่าขงปาด อำเภอ ท่าขงปาด จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ๔ โรงเรียน วัดบ้านไร่จันทบุรี

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ระพีพรนามสกุล วิเศษ
บ้านเลขที่ ๑๙๖ หมู่ที่ ๕ ตำบล ท่าขงปาด อำเภอ ท่าขงปาด จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อ.อิม นัดอ วิชัยนามสกุล วิเศษ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนักรวมปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ระพีพรผู้ปกครอง
(ระพีพร)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๔๐๖๓๔๗

19

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าดี อำเภอสุไหงป่าดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ฟัดดีนามสกุล มินจุใจ.....
บ้านเลขที่ 110 หมู่ที่ 9 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 2 โรงเรียน บ้านคลองแก้ว

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชวีนามสกุล มินจุใจ.....
บ้านเลขที่ 110 หมู่ที่ 9 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ฟัดดีนามสกุล มินจุใจ.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงป่าดี อำเภอสุไหงป่าดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ชวี ผู้ปกครอง
(ชวี มินจุใจ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 0874456086

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ชโลธรนามสกุล วัฒน
บ้านเลขที่ 181/2 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 3 โรงเรียน รัตนารักษ์

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมพันธ์นามสกุล มดีศรี
บ้านเลขที่ 181/2 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ สมพันธ์ผู้ปกครอง
(160 สมพันธ์ มดีศรี)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 082 7533212

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไห่งป่าติ อำเภอสุไห่งป่าติ จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. สุวิทย์ ธีรภัทร์ นามสกุล เจ๊ะมูด
บ้านเลขที่ ๒๖/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไห่งป่าติ อำเภอ สุไห่งป่าติ จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๗.๑ โรงเรียน อิสลามวิทยานราธิวาส

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า ยอ นาย/นาง/นางสาว..... นามสกุล ยี่หมะเจ๊ะ
บ้านเลขที่ ๒๖/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไห่งป่าติ อำเภอ สุไห่งป่าติ จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สุวิทย์ ธีรภัทร์ นามสกุล เจ๊ะมูด

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไห่งป่าติ อำเภอสุไห่งป่าติ จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ยอ ยี่หมะเจ๊ะ ผู้ปกครอง
(..... ยอ ยี่หมะเจ๊ะ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูไซฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

22

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อัมร์รอชิดดินนามสกุล..... จินเป็ญ
บ้านเลขที่ ๗๓/๓ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ป.๕ โรงเรียน จินตลึง

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... รุชนิดานามสกุล..... จินเป็ญ
บ้านเลขที่ ๗๓/๓ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./น.คย)..... อัมร์รอชิดดินนามสกุล..... จินเป็ญ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังกุ่มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ..... รุชนิดาผู้ปกครอง
(..... รุชนิดา จินเป็ญ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง..... ๐๖๖๒๙๘๗๖.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. สุกัญญา.....นามสกุล..... จอนัน
บ้านเลขที่..... 110.....หมู่ที่..... 9.....ตำบล..... สุโขทัย.....อำเภอ..... สุโขทัย.....จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น..... 2.....โรงเรียน..... บ้านหนองบัว.....

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ศิวะอริ.....นามสกุล..... จอนัน
บ้านเลขที่..... 110.....หมู่ที่..... 9.....ตำบล..... สุโขทัย.....อำเภอ..... สุโขทัย.....จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย)..... สุกัญญา.....นามสกุล..... จอนัน

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ..... ศิวะอริ.....ผู้ปกครอง
(ศิวะอริ..... จอนัน)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. ทาร์ฟ.....นามสกุล มะลิเต๊ะ
บ้านเลขที่ 56/1 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 3 โรงเรียน อิสลามนารัง

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ฮัยดุลฮอมัน.....นามสกุล มะลิเต๊ะ
บ้านเลขที่ 56/1 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ทาร์ฟ.....นามสกุล มะลิเต๊ะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ฮัยดุลฮอมัน ผู้ปกครอง
(ฮัยดุลฮอมัน มะลิเต๊ะ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 086-7655438

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูเซีฟ ตอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อิมม์นามสกุล อิมม์
บ้านเลขที่ 297 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน สิมพันธ์ อจธ

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ไฉนนามสกุล อจธ
บ้านเลขที่ 261 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อิมม์นามสกุล อิมม์

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ไฉนผู้ปกครอง
(ไฉน อจธ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 013-9491342

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ตอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. สุธีวัฒน์ ตรีชัย.....นามสกุล ร๐๕๐๑๐
บ้านเลขที่ ๗๓ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ๓ โรงเรียน อารักษ์กิติ

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อภิรักษ์.....นามสกุล ร๐๕๐๑๐
บ้านเลขที่ ๗๓ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สุธีวัฒน์ ตรีชัย.....นามสกุล ร๐๕๐๑๐

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ.....อภิรักษ์.....ผู้ปกครอง
(.....อภิรักษ์..... ร๐๕๐๑๐)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....๐๘๖-๖๖๔๙๕๑๙

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. อัษฎ์นามสกุล ชากาฮาล์
บ้านเลขที่ ๗๘/๓ หมู่ที่ ๙ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๓ โรงเรียน บ้านคลองวัง

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชวลีนามสกุล ชากาฮาล์
บ้านเลขที่ ๗๘/๓ หมู่ที่ ๙ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ชวลีผู้ปกครอง
(ชวลี ชากาฮาล์)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. นิลลาชี นามสกุล ขาหม
บ้านเลขที่ ๗/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน บ้านตลิ่งสูง

- (✓) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เพ็ญใจ นามสกุล เพาะแฉ
บ้านเลขที่ ๗๘/๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) นิลลาชี นามสกุล ขาหม

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ เพ็ญใจ ผู้ปกครอง
(เพ็ญใจ เพาะแฉ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อัครเดช ฮาแก้วนามสกุล งาม
บ้านเลขที่ 105 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 2 โรงเรียน ราชพฤกษ์

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อัครเดช ฮาแก้วนามสกุล งาม
บ้านเลขที่ 105 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อัครเดช ฮาแก้วนามสกุล งาม

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ อัครเดช ฮาแก้วผู้ปกครอง
(อัครเดช ฮาแก้ว)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบทองหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ต.ช./ต.ญ. ~~สมชาย~~ ^{สมชาย}นามสกุล ^{สมศักดิ์}
บ้านเลขที่ ^{๒๐๓} หมู่ที่ ^๕ ตำบล ^{สุโขทัย} อำเภอ ^{สุโขทัย} จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ^๒ โรงเรียน ^{บ้านท่าเรือเหนือ}

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า ^{ข. ชูชีพ} นาย/นาง/นางสาวนามสกุล ^{สมศักดิ์}
บ้านเลขที่ ^{๒๐๓} หมู่ที่ ^๕ ตำบล ^{สุโขทัย} อำเภอ ^{สุโขทัย} จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ต.ช./นาย) ^{สมชาย}นามสกุล ^{สมศักดิ์}

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบทองหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ^{ข. ชูชีพ}ผู้ปกครอง
(^{สมชาย} ^{สมศักดิ์})

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายชูชีพ ตอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. โพลซ ตันพิสนามสกุล มาลา
บ้านเลขที่ ๒๒๕/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๔ โรงเรียน บ้านตากะเนียด

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว แอมะนามสกุล มาลา
บ้านเลขที่ ๒๒๕/๑ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย).....นามสกุล.....

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ แอมะผู้ปกครอง
(แอมะ มาลา)

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. สุชีมัตต์ฟุดังนามสกุล
บ้านเลขที่..... 1หมู่ที่..... 1ตำบล..... สุโขทัย อำเภอ..... สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น..... 2โรงเรียน..... มานกลางศรี

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ฟุ่ตนามสกุล..... ชินลาและ
บ้านเลขที่..... 1หมู่ที่..... 1ตำบล..... สุโขทัย อำเภอ..... สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย)..... สุชีมัตต์ฟุดังนามสกุล..... ชินลาและ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ..... ฟุ่ตผู้ปกครอง
(..... ฟุ่ต ชินลาและ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. บาริอากัสนามสกุล ชะโก๊ะ
บ้านเลขที่ 1/5 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น อ โรงเรียน บ้านดงสูง

สามารถเข้าร่วมโครงการ

ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซุไรอันนามสกุล มื่อเจ้า
บ้านเลขที่ 1/5 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) บาริอากัสนามสกุล ชะโก๊ะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ซุไรอันผู้ปกครอง
(ซุไรอัน มื่อเจ้า)

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ศ. ชวินนามสกุล ชวง
บ้านเลขที่ ๖๖ หมู่ที่ ๖ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น ๓ โรงเรียน ศรีวิชัย ๐๐๑

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สมใจนามสกุล ชวง
บ้านเลขที่ ๖๖ หมู่ที่ ๖ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ชวินนามสกุล ชวง

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ สมใจผู้ปกครอง
(ชวิน)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๘๑-๖๓๒ ๕๘๔๓

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. อับดุลลาอะนามสกุล กาคี
บ้านเลขที่ 35/1 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน ชนบทสูง

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว นรีชชาตินามสกุล กอเซ็ง
บ้านเลขที่ 35/1 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อับดุลลาอะนามสกุล กาคี

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ นรีชชาติ ผู้ปกครอง
(นรีชชาติ กอเซ็ง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๖๑-๓๑๐๔๑๐๔

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ด.ช./ด.ญ. ชุมนิสนามสกุล จินดาผล
บ้านเลขที่ ๕๐ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๕ โรงเรียน มะรุ่ยวิบ๐๓

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ชุมนิสนามสกุล จินดาผล
บ้านเลขที่ ๕๐ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ชุมนิสนามสกุล จินดาผล

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ชุมนิส ผู้ปกครอง
(ชุมนิส จินดาผล)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 - ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 - ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๔๐๖๓๔๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. ศักดิ์นามสกุล อินทาทิ
บ้านเลขที่ ๒๒/๖ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๕ โรงเรียน รพช.สุโขทัย

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อินทาทินามสกุล อินทาทิ
บ้านเลขที่ ๒๒/๖ หมู่ที่ ๕ ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ศักดิ์นามสกุล อินทาทิ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อินทาทิผู้ปกครอง
(อินทาทิ อินทาทิ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๙๑-๐๙๙๙๑๑

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อ.พี. นพรัตน์นามสกุล แก้วหะมะ
บ้านเลขที่ 35 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 5 โรงเรียน สัมพันธ์วิทยา

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
 ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว มธุมา ชิงนามสกุล แก้วหะมะ
บ้านเลขที่ 35 หมู่ที่ 5 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) นพรัตน์นามสกุล แก้วหะมะ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ มธุมา ชิง แก้วหะมะ ผู้ปกครอง

(นพ. มธุมา ชิง แก้วหะมะ)

เบอร์โทรผู้ปกครอง 096-7486740

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ตอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. มะ รุ่งใจนามสกุล งาม
บ้านเลขที่ 102 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน.....

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว รุศนันทานามสกุล ธีรภักดิ์
บ้านเลขที่ 102 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) มะ รุ่งใจนามสกุล งาม

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ รุศนันทาผู้ปกครอง
(น.ส. รุศนันทา ธีรภักดิ์)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 087-1061113

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 - ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 - ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อาทิตย์นามสกุล ทาจ
บ้านเลขที่ 168 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 3 โรงเรียน บ้านโคกตา

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อัญญาภาณีนามสกุล ทาจ
บ้านเลขที่ 168 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อาทิตย์นามสกุล ทาจ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ อัญญาภาณี ผู้ปกครอง
(อัญญาภาณี ทาจ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. ไอซ์พีนามสกุล วินทยา
บ้านเลขที่ 119/4 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๕ โรงเรียน สหกรณ์

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อ. อัจฉรานามสกุล วินทยา
บ้านเลขที่ 119/4 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ไอซ์พีนามสกุล วินทยา

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อ. อัจฉราผู้ปกครอง
(.....)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซเฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./~~ด.ญ.~~ อัครธัญญ์นามสกุล ชินประชา
บ้านเลขที่ 18/4 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน ระพีวิทยานุกูล

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว มะลิ ชินนามสกุล ชินประชา
บ้านเลขที่ 67/4 หมู่ที่ 7 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อัครธัญญ์นามสกุล ชิน

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ มะลิผู้ปกครอง
(มะลิ ชินประชา)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 083-665 0307

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ด.ช./ด.ญ. อว นามสกุล อง
บ้านเลขที่ 132 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 4 โรงเรียน อภิมหา

- สามารถเข้าร่วมโครงการ
- ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว อว นามสกุล อง
บ้านเลขที่ 132 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) นามสกุล

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ อว ผู้ปกครอง
(อว อว)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 084-62241

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 - ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 - ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. รุสลันนามสกุล สุไหง
บ้านเลขที่ ๙๔ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๔ โรงเรียน ฮานตงวิบูล

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว รุสลันนามสกุล สุไหง
บ้านเลขที่ ๙๔ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) รุสลันนามสกุล สุไหง

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ รุสลันผู้ปกครอง
(รุสลัน สุไหง)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๐๙๗-๙๕๕๙๗๕๓

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูไซฟ์ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ณ. สาธิตนามสกุล สงฆ์
บ้านเลขที่ 4 หมู่ที่ 1 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 2 โรงเรียน.....

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว พัญชกานามสกุล สงฆ์
บ้านเลขที่ 4 หมู่ที่ 1 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สาธิตนามสกุล สงฆ์

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ พัญชกาผู้ปกครอง
(พัญชกา สงฆ์)
เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูชีพ ดอละาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. พีรพัชนามสกุล สาละ
บ้านเลขที่ 177 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น 5 โรงเรียน สันติศร

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ส.เปศนามสกุล สาละ
บ้านเลขที่ 177 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) พีรพัชนามสกุล สาละ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ส.เปศผู้ปกครอง
(ส.เปศ สาละ)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 068-482476

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูโซ๊ะ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

๕๓

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. ฟากีฟนามสกุล ฮารี
บ้านเลขที่ ๙๗ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น ๕.๓ โรงเรียน บ้านคลองสูง

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ซุฮัยมานามสกุล ฮารี
บ้านเลขที่ ๔๑ หมู่ที่ ๑ ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) ฟากีฟนามสกุล ฮารี

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ ซุฮัยมา ฮารี ผู้ปกครอง
(ซุฮัยมา ฮารี)
เบอร์โทรผู้ปกครอง ๙

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูโซ๊ะฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. อัสนนามสกุล ยี่ไชย
บ้านเลขที่ 16/3 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น โรงเรียน

(/) สามารถเข้าร่วมโครงการ

() ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว ดอเลาะนามสกุล ยี่ไชย
บ้านเลขที่ 15/3 หมู่ที่ 1 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) อัสนนามสกุล ยี่ไชย

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ ดอเลาะผู้ปกครอง

(ดอเลาะ: ยี่ไชย)

เบอร์โทรผู้ปกครอง.....

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ค.ญ. สุโขทัยนามสกุล สุโขทัย
บ้านเลขที่ 108 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ศึกษาอยู่ชั้น โรงเรียน บ้านโคกตา

- () สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว สุโขทัยนามสกุล สุโขทัย
บ้านเลขที่ 108 หมู่ที่ 9 ตำบล สุโขทัย อำเภอ สุโขทัย จังหวัด นครราชสีมา
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) สุโขทัยนามสกุล สุโขทัย

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุโขทัย อำเภอสุโขทัย จังหวัดนครราชสีมา

ลงชื่อ สุโขทัยผู้ปกครอง
(สุโขทัย สุโขทัย)
เบอร์โทรผู้ปกครอง 064-4622246

- หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ
- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
 - ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
 - ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการฯ : นายยูโซ่ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๘๐๖๓๘๗

ใบตอบรับเข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗
องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ชื่อเด็กเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว/ด.ช./ด.ญ. พิทาร์นามสกุล มินฮุจิ
บ้านเลขที่ 47 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ศึกษาอยู่ชั้น..... โรงเรียน โรงเรียน ๐๐๓

- (/) สามารถเข้าร่วมโครงการ
- () ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการ

ความยินยอมผู้ปกครองเข้าร่วมโครงการ

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... สะลาอดีนามสกุล มินฮุจิ
บ้านเลขที่ 47 หมู่ที่ 7 ตำบล สุไหงปาดี อำเภอ สุไหงปาดี จังหวัด นราธิวาส
ยินยอมให้ (ด.ช./นาย) พิทาร์นามสกุล มินฮุจิ

เข้าร่วมกิจกรรมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนปี ๒๕๖๗ องค์การบริหารส่วนตำบลสุไหงปาดี อำเภอสุไหงปาดี จังหวัดนราธิวาส

ลงชื่อ..... สะลาอดีผู้ปกครอง
(สะลาอดี) มินฮุจิ
เบอร์โทรผู้ปกครอง..... 094-4386489

หลักฐานการสมัครเข้าร่วมโครงการ

- ๑. สำเนาบัตรประชาชนผู้เข้าร่วมโครงการ
- ๒. สำเนาบัตรประชาชนผู้ปกครอง
- ๓. ใบยินยอมผู้ปกครอง

ผู้รับผิดชอบโครงการ : นายยูเซ็ฟ ดอเลาะ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘๗-๓๙๐๖๓๙๗