

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. ๒๕๖๗  
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนกลางสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบูรณ์  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

วัน/เดือน/ปี : ๓ กันยายน ๒๕๖๗

หัวข้อ: สรุปรายงานผลการดำเนินงานการให้หรือรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.  
๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ รอบที่ ๑ เดือนเมษายน ถึง ๓๐ กันยายน  
๒๕๖๗

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) :

สรุปรายงานผลการดำเนินงานการให้หรือรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.  
๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือนสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ รอบที่ ๑ เดือนเมษายน ถึง ๓๐ กันยายน  
๒๕๖๗

Link ภายนอก : ไม่มี

หมายเหตุ

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล



(นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด)

ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

๓ กันยายน ๒๕๖๗

ผู้อนุมัติรับรอง



(นายธีระวัฒน์ คำโถม)

ตำแหน่งสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

๓ กันยายน ๒๕๖๗

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายพงษ์เทพ สร้อยอินทร์)

ตำแหน่งนักวิชาการคอมพิวเตอร์

๓ กันยายน ๒๕๖๗



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

ที่ พช ๐๑๓๓/๓๑๖

วันที่ ๓ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง จ้างขออนุญาตนำรายงานผลการกำกับติดตามเผยแพร่บนเว็บไซต์หน่วยงาน MOIT ๑๙

เรียน สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ ได้กำหนดกรอบแนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน และให้มีการกำกับติดตามการดำเนินงานและสรุปปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ตามกรอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสของหน่วยงานภาครัฐ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ ดัชนีชี้วัดที่ ๗ เพื่อป้องกันการทุจริต และเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ตามแบบฟอร์มการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์หน่วยงานเพื่อเป็นหลักฐาน และรายงานผลการติดตามการดำเนินงานและสรุปปัญหาและอุปสรรคเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์หน่วยงาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๗ นั้น

ในการนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ พิจารณาแล้ว เพื่อให้เป็นไปตามกรอบการประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานภาครัฐ (ITA) ตามแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ (MOPH Open Data Integrity & transparency Assessment : MOIT ๑๙) มีการรายงานผลการส่งเสริมการปฏิบัติตามประมวลจริยธรรมข้าราชการพลเรือน :ก และกรณีการให้หรือรับของขวัญหรือประโยชน์อื่นใด ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๗ รอบ ๑๒ เดือนจึงขออนุญาตนำรายงานผลการกำกับติดตามเผยแพร่บนเว็บไซต์หน่วยงาน ตามแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน Link แสดงหลักฐานในระบบ MITAS ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด)  
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ

(นายธีระวัฒน์ คำโฉม)

สาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

กรณีที่หน่วยงานดำเนินการเรียไร  
คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีการเรียไรโดยระบุจำนวนครั้งตามการดำเนินการ

## หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

\*หมายเหตุ ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19

- 1 = เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และมีมติคณะรัฐมนตรีให้เรียไรได้
- 2 = เป็นการเรียไรที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย หรือบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากสาธารณภัยหรือเหตุการณ์ใดที่สำคัญ
- 3 = เป็นการเรียไรเพื่อร่วมกันทำบุญเนื่องในโอกาสการทอดผ้าพระกฐินพระราชทาน
- 4 = เป็นการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียไรตามข้อ 18 (4) ซึ่ง กคร. ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการได้โดยไม่ต้องขออนุมัติ
- 5 = เป็นการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่ได้รับอนุมัติหรือได้รับยกเว้นในการขออนุมัติ ตามระเบียบนี้แล้ว

| ประเภทการเรียไร                             | การดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการเรียไรของหน่วยงานขอ พ.ศ. 2566 (ครั้ง) |  |  |                        |
|---|--|--|--|------------------------|
|   | ขออนุญาตจาก กคร. ตามข้อ 18   | ไม่ได้ขออนุญาตจาก กคร. (กรณีวงเงินไม่เกิน 500,000) | ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19   | รวมจำ (ครั้ง)          |
| <b>1) การเรียไรเพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน</b> |  |  |  |                        |
| (1) ทอดผ้าป่า                               | 1 <input type="text"/>   | 0 <input type="text"/>                             | 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/><br>3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/><br>5 <input type="text"/> | 1 <input type="text"/> |
| (2) ทอดกฐิน                                 | 0 <input type="text"/>   | 0 <input type="text"/>                             | 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/><br>3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/><br>5 <input type="text"/> | 0 <input type="text"/> |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล          | 0 <input type="text"/>   | 0 <input type="text"/>                             | 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/><br>3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/><br>5 <input type="text"/> | 0 <input type="text"/> |

|                     |                                |                                |  |                                |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - กอล์ฟ             | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - มวย               | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เดิน - วิ่ง       | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - วิ่งมาราธอน       | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ฟุตบอล            | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - คอนเสิร์ต         | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ไล่ชีวิตโค-กระบือ | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเสื้อ      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเข็มกลัด   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

|   |                                |                                |  |                                |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - เจ้าหน้าที่กระเป่า                      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เจ้าหน้าที่แก้วน้ำ                      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เจ้าหน้าที่หมวก                         | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - เจ้าหน้าที่สลากรักษา                    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (4) รับบริจาคทรัพย์สินเพื่อ               | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ก่อสร้างอาคาร                           | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ซ่อมแซมอาคาร                            | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จัดซื้อวัสดุ - ครุภัณฑ์ทางการแพทย์      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

|  |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - สนับสนุนค่าอาหารกลางวัน<br>สำหรับผู้ป่วย | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - สนับสนุนของใช้ส่วนตัวสำหรับ<br>ผู้ป่วย   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/>  | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

## 2) การเรียไรเพื่อสาธารณประโยชน์

|  |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| (1) ทอดผ้าป่า                          | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| (2) ทอดกรฐิน                           | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - กอล์ฟ                                | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - มวย                                  | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - เดิน - วิ่ง                          | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                                      | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                                      | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

|                     |                                |                                |  |                                |
|---------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - รังมาราถอน        | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ฟุตบอล            | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - คอนเสิร์ต         | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - ไถ่ชีวิตโค-กระบือ | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเสื้อ      | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายเข็มกลัด   | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายกระเป๋า    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายแก้วน้ำ    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - จำหน่ายหมวก       | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | 1 <input type="text" value="0"/> 2 <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> 4 <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

ผู้บันทึก : นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด  
เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0892680242

ผู้ตรวจสอบ : นายธีระวัฒน์ คำโฉม



|  |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - จำนวนสลากกาชาด                           | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/>  | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| (4) รับบริจาคทรัพย์เพื่อ<br>สาธารณประโยชน์ | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ               | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - ทำนุบำรุงศาสนา                           | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส                    | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/>  | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1  | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3  | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|  | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

3) กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ

|                      |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="0"/> |
| 1                    | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                    | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|                      | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| <b>รวม</b>           | <input type="text" value="1"/> | <input type="text" value="0"/> | <table border="1"> <tr> <td>1</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>2</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td>3</td> <td><input type="text" value="0"/></td> <td>4</td> <td><input type="text" value="0"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td colspan="2"><input type="text" value="0"/></td> </tr> </table> | 1 | <input type="text" value="0"/> | 2 | <input type="text" value="0"/> | 3 | <input type="text" value="0"/> | 4 | <input type="text" value="0"/> |  | 5 | <input type="text" value="0"/> |  | <input type="text" value="1"/> |
| 1                    | <input type="text" value="0"/> | 2                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| 3                    | <input type="text" value="0"/> | 4                              | <input type="text" value="0"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|                      | 5                              | <input type="text" value="0"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

กรุณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

## หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

| ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าเกิน 3,000 บาท | จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง)    |
|--|--------------------------------|
| 1. ได้รับจาก   | <input type="text" value="0"/> |
| 1.1 ภาครัฐ   | <input type="text" value="0"/> |
| 1.2 ภาคเอกชน   | <input type="text" value="0"/> |
| 1.3 ประชาชน  | <input type="text" value="0"/> |
| 1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>               | <input type="text" value="0"/> |
| <b>รวม</b>   | <input type="text" value="0"/> |

กรณารับรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้

|  |  |
|--|--|
| 2. รับในนาม  |  |
| 2.1 หน่วยงาน   | <input type="text" value="0"/>   |
| 2.2 รายบุคคล<br>รายงานเมื่อมีการรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดเกิน 3,000 บาท<br>ตามแบบฟอร์มท้ายประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ<br>เรื่อง หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดย<br>ธรรมจรรยาของเจ้าพนักงานของรัฐ พ.ศ. 2563<br>( <a href="https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2563.pdf">https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2563.pdf</a> )<br>และระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการให้หรือรับของขวัญ<br>ของเจ้าหน้าที่ของรัฐ พ.ศ. 2565<br>( <a href="https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2565.pdf">https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/S-2565.pdf</a> ) | <input type="text" value="0"/><br><br>แบบหลักฐาน กรณี รับในนามรายบุคคล<br>**เอกสารแนบขนาดไม่เกิน 2MB นามสกุล pdf / jpg / png / zip<br><br>>> ตรวจสอบข้อมูล <<<br>( <a href="https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/file">https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/file</a> ) |
| 3. โอกาสในการรับ   |  |
| 3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)  | <input type="text" value="0"/>   |

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| 3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)        | 0                               |
| 3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                             | 0                               |
| 4. การดำเนินการ  |                                 |
| 4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                                   | 0                               |
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้  | 0                               |
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน   | 0                               |
| 4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                             | 0                               |
| ผู้บันทึก : นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด<br>เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0892680242 | ผู้ตรวจสอบ : นายธีระวัฒน์ คำโถม |

กรุณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

## หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

one\_other\_detail

| ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท | จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง) |
|---|-----------------------------|
| 1. ได้รับจาก  | 0                           |
| 1.1 ภาครัฐ  | 0                           |
| 1.2 ภาคเอกชน  | 0                           |
| 1.2 ประชาชน   | 0                           |
| 1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                  | 0                           |
| <b>รวม</b>  | <b>0</b>                    |

| กรณารายละเอียดของของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้ |   |
|---|---|
| 2. รับในนาม   |   |
| 2.1 หน่วยงาน  | 0 |
| 2.2 รายบุคคล  | 0 |
| 3. โอกาสในการรับ  |   |
| 3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)                       | 0 |
| 3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)       | 0 |
| 3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                            | 0 |
| 4. การดำเนินการ   |   |
| 4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                                  | 0 |

|   |  |
|---|--|
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้   | 0  |
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน  | 0  |
| 4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input data-bbox="284 298 639 353" type="text"/>  | 0  |
| ผู้บันทึก : <input data-bbox="400 387 754 442" type="text" value="นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด"/><br>เบอร์โทรติดต่อ : <input data-bbox="400 442 754 497" type="text" value="0892680242"/> | ผู้ตรวจสอบ : <input data-bbox="1070 387 1424 453" type="text" value="นายธีระวัฒน์ คำโถม"/> |

กรณีที่หน่วยงานเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือกับบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานของ  
 รัฐอื่น  
 คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีที่หน่วยงานของท่านเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือ กับ  
 บุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานของรัฐอื่น โดยระบุจำนวนครั้งตามประเภทแหล่งของเงินหรือ  
 ทรัพย์สินที่ใช้

### หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์

| ประเภทการเรียไร                              | แหล่งของเงินหรือทรัพย์สินที่ใช้ (ครั้ง) |                                   |                    |              |
|--|---|-----------------------------------|--------------------|--------------|
|  | สวัสดิการ                               | ข้าราชการ<br>/ เจ้าหน้าที่<br>รัฐ | ภาคเอกชน / ประชาชน | รวมจํ<br>(ค) |
| <b>1) การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ</b> |   |                                   |                    |              |
| (1) ทอดผ้าป่า                                | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| (2) ทอดกรฐิน                                 | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล       | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - กอล์ฟ                                      | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - มวย  | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - เดิน - ริ่ง                                | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - ริ่งมาราธอน                                | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - ฟุตบอล                                     | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - คอนเสิร์ต                                  | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - ไถ่ชีวิตโค-กระบือ                          | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - จำหน่ายเสื้อ                               | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |
| - จำหน่ายเข็มกลัด                            | 0                                       | 0                                 | 0                  | 0            |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| - จำหน่ายหมวก                             | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายกระเป๋า                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - แก้วน้ำ                                 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - สลากกาชาด                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (4) รับผิดชอบทรัพย์สินเพื่อ               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ              | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ทานบำรุงศาสนา                           | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส                   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |

## 2) การให้ความร่วมมือกับบุคคล กลุ่มบุคคล ชมรม สมาคมฯ

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| (1) ทอดผ้าป่า                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (2) ทอดกลืน                            | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - กอล์ฟ                                | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - มวย                                  | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - เดิน - วิ่ง                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - วิ่งมาราธอน                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ฟุตบอล                               | 0 | 0 | 0 | 0 |

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| - คอนเสิร์ต                               | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ไลฟ์วีดิโอ-กระบือ                       | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายเสื้อ                            | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายเข็มกลัด                         | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายกระเป๋า                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายแก้วน้ำ                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายหมวก                             | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - จำหน่ายสลากกาชาด                        | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |
| (4) รับผิดชอบต่อ                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ              | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ทำนุบำรุงศาสนา                          | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส                   | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ<br><input type="text"/> | 0 | 0 | 0 | 0 |

### 3) กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ

|   |                                 |   |   |   |
|---|---------------------------------|---|---|---|
| <input type="text"/>  | 0                               | 0 | 0 | 0 |
| <b>รวม</b>  | 0                               | 0 | 0 | 0 |
| ผู้บันทึก : นายธีระพงษ์ ดิษฐ์รอด<br>เบอร์โทรติดต่อ : 0892680242 | ผู้ตรวจสอบ : นายธีระวัฒน์ คำโถม |   |   |   |