



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ส่วนบริการสาธารณสุข ฝ่ายบริการทางการแพทย์
งานศูนย์บริการสาธารณสุข ๒ (โทร. ๑๑๕)

กองยุทธศาสตร์และงบประมาณ
เลขที่ ๑๑๖
วันที่ 26 มิ.ย. 2568
เวลาที่รับ 17.40 น.

ที่ นฐ ๕๒๐๐๓/๑๓๕๒

วันที่ ๒๖ มิถุนายน ๒๕๖๘

เรื่อง ขออนุญาตระดมประชาสัมพันธ์โครงการสนับสนุนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.๒๕๖๙

เรียน ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ

ด้วยส่วนบริการสาธารณสุข ฝ่ายบริการทางการแพทย์ สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จะดำเนินการสำรวจและประเมินบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้ ที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาลนครนครปฐม ที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่/แผ่นรองขับถ่ายในการดำรงชีวิตประจำวัน ให้ยื่นคำขอตามแบบสำรวจความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ฯ (รายละเอียดตามเอกสารแนบท้าย) ได้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข เทศบาลนครนครปฐม ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม จึงขออนุญาตระดมประชาสัมพันธ์และเผยแพร่โครงการฯ ให้กับประชาชนรับทราบข้อมูลต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณา และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

๙

(นางสาวณัฐวรรณ เวชวงศ์วาน)

ผู้อำนวยการส่วนส่งเสริมอนามัยสิ่งแวดล้อม รักษาการแทน

ผู้อำนวยการสำนักสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม

นางสาวณัฐวรรณ เวชวงศ์วาน

นายเกษม แสงทองดี

ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และงบประมาณ

แบบสำรวจความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย
สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้
เทศบาลนครนครปฐม จังหวัดนครปฐม

ข้อมูลบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่ได้

๑. ชื่อ - สกุล (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ).....

๒. เลขประจำตัวประชาชน.....วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปี

๓. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ชุมชน.....

๔. ที่อยู่ปัจจุบัน

☐ ที่อยู่เดียวกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน

☐ บ้านเลขที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....ชุมชน.....

☐ บ้านตนเอง ☐ อาศัยอยู่กับลูกหลาน/ญาติ ☐ อาศัยผู้อื่น ☐ บ้านเช่า

๕. เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

๖. ความต้องการผ้าอ้อมผู้ใหญ่ แผ่นรองขับการขับถ่าย (เลือกได้ ๑ ข้อ)

☐ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ ๓ ชิ้นต่อวัน ขนาด ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐ XXL

☐ แผ่นรองขับการขับถ่าย ๕ ชิ้นต่อวัน

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ยื่นคำร้อง