



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลบางปะกง อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา โทร.๐-๓๘๕๓-๑๔๔๔

ที่ นข ๐๐๓๓.๓/พิเศษ

วันที่ ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๖

เรื่อง สรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนทั่วไปและเรื่องการทุจริตประพฤติมิชอบ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง

ด้วยกลุ่มบริหารงานทั่วไป ได้มีการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานรับเรื่องร้องเรียน ได้มีการกำกับติดตามการประเมินในรอบ ๖ เดือน ตั้งแต่เดือน ตุลาคม ๒๕๖๕ - มีนาคม ๒๕๖๖ ได้มีการสรุปผลการดำเนินการเรื่องร้องเรียนการทุจริตและประพฤติมิชอบ และเรื่องร้องเรียนทั่วไป ดังกล่าว ไม่มีเรื่องร้องเรียน ตลอดปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ ของโรงพยาบาลบางปะกง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและอนุญาตเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลบางปะกง

(นางทัชชกร ทับทิมสุข)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

อนุญาต

(นายสุธน คุณรักษา)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางปะกง

รายงานสรุปผลการจัดการเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์ของโรงพยาบาลบางปะกง  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๖ รอบ ๖ เดือน (ตุลาคม ๒๕๖๕ ถึง มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖)

ประเภทเรื่องร้องเรียน/ร้องทุกข์	รับไว้	ดำเนินการแล้ว เสร็จจนได้ข้อ ยุติ	ดำเนินการยังไม่ แล้วเสร็จที่ จะได้ข้อยุติ	ยังไม่ได้ ดำเนินการ	ปัญหา อุปสรรค
๑.การรักษาพยาบาลและการบริการสาธารณสุข	-	-	-	-	-
๒.พฤติกรรมบริการ	-	-	-	-	-
๓.การบริหารงานบุคคล	-	-	-	-	-
๔.การสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	-	-	-	-	-
๔.๑ กลิ่นเหม็น	-	-	-	-	-
๔.๒ ฝุ่นละออง/เขม่าควัน	-	-	-	-	-
๔.๓ น้ำเสีย	-	-	-	-	-
๔.๔ เสียงดัง/รบกวน	-	-	-	-	-
๔.๕ ขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล	-	-	-	-	-
๔.๖ อื่นๆ	-	-	-	-	-
๕.การคุ้มครองผู้บริโภค	-	-	-	-	-
๕.๑ พ.ร.บ.ควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. ๒๕๖๐	-	-	-	-	-
๕.๒ พ.ร.บ.ควบคุมเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ พ.ศ. ๒๕๕๑	-	-	-	-	-
๕.๓ พ.ร.บ.ยา พ.ศ.๒๕๑๐	-	-	-	-	-
๕.๔ พ.ร.บ.อาหาร พ.ศ ๒๕๓๕	-	-	-	-	-
๕.๕ พ.ร.บ.เครื่องมือแพทย์ พ.ศ. ๒๕๕๑	-	-	-	-	-
๕.๖ พ.ร.บ.วัตถุอันตราย พ.ศ.๒๕๓๕	-	-	-	-	-
๕.๗ พ.ร.บ.ยาเสพติดให้โทษ พ.ศ. ๒๕๒๒	-	-	-	-	-
๕.๘ พ.ร.บ.วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท พ.ศ. ๒๕๕๙	-	-	-	-	-
๕.๙ พ.ร.บ.เครื่องสำอาง พ.ศ. ๒๕๓๕	-	-	-	-	-
๕.๑๐ พ.ร.บ.วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. ๒๕๒๕	-	-	-	-	-
๕.๑๑ พ.ร.บ.สถานพยาบาล พ.ศ. ๒๕๔๑	-	-	-	-	-
๕.๑๒ พ.ร.บ.วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. ๒๕๒๘	-	-	-	-	-
๕.๑๓ พ.ร.บ.อื่นๆ	-	-	-	-	-
๖.การไม่ปฏิบัติตามระเบียบแบบแผนทางราชการ	-	-	-	-	-
๗.เรื่องอื่นๆ	-	-	-	-	-
๘.เรื่องการทุจริตและประพฤติมิชอบ	-	-	-	-	-
รวม	-	-	-	-	-

กรณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน โรงพยาบาลบางปะกง

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

กรณารับรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้	
2.รับในนาม	
2.1 หน่วยงาน	0 <input type="text"/>
2.2 รายบุคคล รายงานเมื่อมีการรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดเกิน 3,000 บาท ตามแบบฟอร์มท้ายประกาศคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาของเจ้าพนักงานของรัฐ พ.ศ. 2563	0 <input type="text"/>  แบบหลักฐาน กรณี รับในนามรายบุคคล **เอกสารแนบขนาดไม่เกิน 2MB นามสกุล pdf / jpg / png / zip >> ตรวจสอบข้อมูล << ( <a href="http://www.stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/">http://www.stopcorruption.moph.go.th/app/gift/upload/files/</a> )
3.โอกาสในการรับ	
3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)	0 <input type="text"/>
3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)	0 <input type="text"/>
3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0 <input type="text"/>
4.การดำเนินการ	
4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล	0 <input type="text"/>

4.2 สงคืนแก่ผู้ให้	<input type="text" value="0"/>
4.3 สงมอบให้แก่หน่วยงาน	<input type="text" value="0"/>
4.4 สงมอบให้แก่ผู้ป่วย	<input type="text" value="0"/>
4.5 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
ผู้บันทึก : <input type="text" value="เมธวี"/> เบอร์โทรติดต่อ : <input type="text" value="0615919499"/>	ผู้ตรวจสอบ : <input type="text"/>

กรณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน โรงพยาบาลบางปะกง

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>	0

กรณารับรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 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 ส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย	0

4.5 อื่น ๆ โปรดระบุ

0

ผู้บันทึก : เมธาวิ

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : 0615919499

ผู้ตรวจสอบ :

กรณีที่หน่วยงานเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือกับบุคคล นิติบุคคล หรือหน่วยงานของรัฐอื่น  
 คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีที่หน่วยงานของท่านเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องหรือให้ความร่วมมือ กับบุคคล  
 นิติบุคคล หรือหน่วยงานของรัฐอื่น โดยระบุจำนวนครั้งตามประเภทแหล่งของเงินหรือทรัพย์สินที่ใช้

## หน่วยงาน โรงพยาบาลบางปะกง

ประเภทการเรียไร	แหล่งของเงินหรือทรัพย์สินที่ใช้ (ครั้ง)			
	สวัสดิการ	ข้าราชการ / เจ้าหน้าที่ รัฐ	ภาคเอกชน / ประชาชน	รวมจำนวน (ครั้ง)
<b>1) การให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐ</b>				
(1) ทอดผ้าป่า	0	0	0	0
(2) ทอดกลืน	0	0	0	0
(3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ การกุศล	0	0	0	0
- กอล์ฟ	0	0	0	0
- มวย	0	0	0	0
- เดิน - วิ่ง	0	0	0	0
- รังมารถอน	0	0	0	0
- ฟุตบอล	0	0	0	0
- คอนเสิร์ต	0	0	0	0
- ไถชีวิตโค-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 <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
(4) รับผิดชอบต่อทรัพย์สินเพื่อ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ทำนุบำรุงศาสนา	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

**2) การให้ความร่วมมือกับบุคคล กลุ่มบุคคล ชุมชน สมาคมฯ**

(1) ทอดผ้าป่า	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
(2) ทอดกฐิน	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
(3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- กอล์ฟ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- มวย	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- เดิน - วิ่ง	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- วิ่งมาราธอน	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ฟุตบอล	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- คอนเสิร์ต	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ไถ่ชีวิตโค-กระบือ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำหน่ายเสื้อ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำหน่ายเข็มกลัด	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำหน่ายกระเป๋า	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำหน่ายแก้วน้ำ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำหน่ายหมวก	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>



- จำนวนสายลากอากาศ	0	0	0	0
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0	0	0	0
(4) รับผิดชอบทรัพย์สินเพื่อ	0	0	0	0
- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ	0	0	0	0
- ทำนุบำรุงศาสนา	0	0	0	0
- ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส	0	0	0	0
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0	0	0	0
<b>3) กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ</b>				
<input type="text"/>	0	0	0	0
<b>รวม</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
ผู้บันทึก : เบอร์โทรติดต่อ :	เมธาวี 0615919499		ผู้ตรวจสอบ :	<input type="text"/>

กรณีที่หน่วยงานดำเนินการเรียไร  
 คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีการเรียไรโดยระบุจำนวนครั้งตามการดำเนินการ

## หน่วยงาน โรงพยาบาลบางปะกง

\*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	การดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการเรียไรของหน่วยงานของรัฐ พ.ศ. 2544 (ครั้ง)			
	ขออนุญาตจาก กคร. ตามข้อ 18	ไม่ได้ขออนุญาตจาก กคร. (กรณีวงเงินไม่เกิน 500,000)	ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19	รวมจำนวน (ครั้ง)
<b>1) การเรียไรเพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน</b>				
(1) ทอดผ้าป่า	0	0	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>	0
(2) ทอดกฐิน	0	0	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>	0
(3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล	0	0	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>	0
- กอล์ฟ	0	0	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>	0
- มวย	0	0	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> 3 <input type="text"/> <input type="text"/> 4 <input type="text"/> <input type="text"/> 5 <input type="text"/> <input type="text"/>	0

- เดิน - วิ่ง	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- วิ่งมาราธอน	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- ฟุตบอล	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- คอนเสิร์ต	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- ไถชีวิตโค-กระบือ	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายเสื้อ	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายเข็มกลัด	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายกระเป๋า	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายแก้วน้ำ	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายหมวก	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0
- จำหน่ายสลากกาชาด	0	0	1 0 2 0 3 0 4 0 5 0	0

- อื่น 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 colspan="2">5</td> <td><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) รับประทานทรัพย์สินเพื่อ	<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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
- ก่อสร้างอาคาร	<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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
- ซ่อมแซมอาคาร	<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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
- จัดซื้อวัสดุ - ครุภัณฑ์ทางการแพทย์	<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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
- สนับสนุนค่าอาหารกลางวัน 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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
- สนับสนุนของใช้ส่วนตัวสำหรับ 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 colspan="2">5</td> <td><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 <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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													

**2) การเรียรเพื่อสาธารณประโยชน์**

(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 colspan="2">5</td> <td><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"/>													
(2) ทอดกฐิน	<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 colspan="2">5</td> <td><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) จำนวนบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- กอล์ฟ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- มวย	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- เดิน - วิ่ง	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- รังมาราธอน	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- ฟุตบอล	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- คอนเสิร์ต	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- ไถ่ชีวิตโค-กระบือ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนเสื้อ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนเข็มกลัด	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนกระเป๋า	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">1 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">2 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">3 <input type="text" value="0"/></div> <div style="text-align: center;">4 <input type="text" value="0"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: center; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: center;">5 <input type="text" value="0"/></div> </div>	<input type="text" value="0"/>

- จำนวนแก้วน้ำ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนหมวก	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- จำนวนสลากกาชาด	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
(4) รับบริจาคทรัพย์เพื่อ สาธารณประโยชน์	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ช่วยเหลือผู้ประสบภัยพิบัติ	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ทำนุบำรุงศาสนา	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
- อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>
<b>3) กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ</b>				
<input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>	1 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> 3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/> 5 <input type="text" value="0"/>	<input type="text" value="0"/>

รวม	0	0	<table border="1"> <tr> <td>1</td> <td>0</td> <td>2</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>0</td> <td>4</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </table>	1	0	2	0	3	0	4	0		5	0		0
1	0	2	0													
3	0	4	0													
	5	0														
ผู้บันทึก : เบอร์โทรศัพท์ต่อ :	เมธาวิ 0615919499	ผู้ตรวจ สอบ :	กรอกตัวอักษรเท่านั้น													