

กรณีที่หน่วยงานดำเนินการเรียไ้

คำอธิบาย กรอกข้อมูลกรณีการเรียไ้โดยระบุจำนวนครั้งตามการดำเนินการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมแพ

\*หมายเหตุ ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19

- ๑ = เป็นนโยบายเร่งด่วนของรัฐบาล และมีมติคณะรัฐมนตรีให้เรียไ้ได้
- ๒ = เป็นการเรียไ้ที่รัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐจำเป็นต้องดำเนินการ เพื่อช่วยเหลือผู้เสียหาย หรือบรรเทาความเสียหายที่เกิดจากสาธารณภัยหรือเหตุการณ์ใดที่สำคัญ
- ๓ = เป็นการเรียไ้เพื่อร่วมกันทำบุญเนื่องในโอกาสการทอดผ้าพระกฐินพระราชทาน
- ๔ = เป็นการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเรียไ้ใดตามข้อ 18 (4) ซึ่ง กคร. ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ยกเว้นให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการได้โดยไม่ต้องขออนุมัติ
- ๕ = เป็นการให้ความร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐอื่นที่ได้รับอนุมัติหรือได้รับยกเว้นในการขออนุมัติ ตามระเบียบนี้แล้ว

| ประเภทการเรียไ้                             | การดำเนินงานตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการเรียไ้ของหน่วยงาน พ.ศ. 2566 (ครั้ง) |  |   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
|---|--|--|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|
|   | ขออนุญาตจาก กคร. ตามข้อ 18   | ไม่ได้ขออนุญาตจาก กคร. (กรณีวงเงินไม่เกิน 500,000) | ได้รับยกเว้นไม่ต้องขออนุมัติตาม ข้อ 19  | รวม (๑) |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| <b>1) การเรียไ้เพื่อประโยชน์ของหน่วยงาน</b> |  |  |   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| (1) ทอดผ้าป่า                               | 1  | 0  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td><td style="width: 20%;">0</td><td style="width: 20%;">2</td><td style="width: 20%;">0</td></tr> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td>5</td><td>0</td></tr> </table> | 1       | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 |  |  | 5 | 0 | 1 |
| 1   | 0  | 2  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| 3   | 0  | 4  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
|   |  | 5  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| (2) ทอดกฐิน                                 | 0  | 0  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td><td style="width: 20%;">0</td><td style="width: 20%;">2</td><td style="width: 20%;">0</td></tr> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td>5</td><td>0</td></tr> </table> | 1       | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 |  |  | 5 | 0 | 0 |
| 1   | 0  | 2  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| 3   | 0  | 4  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
|   |  | 5  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อการกุศล          | 2  | 0  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td><td style="width: 20%;">0</td><td style="width: 20%;">2</td><td style="width: 20%;">0</td></tr> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td>5</td><td>0</td></tr> </table> | 1       | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 |  |  | 5 | 0 | 2 |
| 1   | 0  | 2  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| 3   | 0  | 4  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
|   |  | 5  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| - กอล์ฟ                                     | 0  | 0  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">1</td><td style="width: 20%;">0</td><td style="width: 20%;">2</td><td style="width: 20%;">0</td></tr> <tr> <td>3</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td></tr> <tr> <td colspan="2"></td><td>5</td><td>0</td></tr> </table> | 1       | 0 | 2 | 0 | 3 | 0 | 4 | 0 |  |  | 5 | 0 | 0 |
| 1   | 0  | 2  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
| 3   | 0  | 4  | 0   |         |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |
|   |  | 5  | 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 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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - 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 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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - รังมาราธอน       | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - ฟุตบอล           | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - คอนเสิร์ต        | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - ไถชีวิตโค-กระบือ | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำหน่ายเสื้อ     | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำหน่ายเข็มกลัด  | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำหน่ายกระเป๋า   | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำหน่ายแก้วน้ำ   | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

|  |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |  |                                |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--|--------------------------------|--------------------------------|
| - จำนวนหมวก                                  | <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"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |  |                                |                                |
| - จำนวนสลากกาขาด                             | <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<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 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) รับผิดชอบทรัพย์สินเพื่อ                  | <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 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="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"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |  |                                |                                |
| - 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="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 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="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"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |  |                                |                                |
| - 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 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"/>  |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |  |                                |                                |
| - สนับสนุนค่าใช้จ่ายส่วนตัวสำหรับ<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 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<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 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) การเรียกรื้อเพื่อสาธารณประโยชน์

|  |                                |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|--|--------------------------------|
| (1) ทอดผ้าป่า                          | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (2) ทอดกรฐิน                           | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| (3) จำหน่ายบัตรกิจกรรมเพื่อ<br>การกุศล | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |
| - กอล์ฟ                                | <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"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="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"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/><br>3 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="0"/><br>5 <input type="text" value="0"/> | <input type="text" value="0"/> |

|  |                                |                                |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
|--|--------------------------------|--------------------------------|---|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|---|--------------------------------|--|---|--------------------------------|--|--------------------------------|
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - จำนวนยาสีฟัน                             | <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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| (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><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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - 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><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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |
| - 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><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"/> |   |   |                                |   |                                |   |                                |   |                                |  |   |                                |  |                                |

|                                      |                                |          |                                   |          |
|--------------------------------------|--------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|
| - ช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส              | 0                              | 0        | 1 0 2 0<br>3 0 4 0<br>5 0         | 0        |
| - อื่น ๆ โปรดระบุ                    | 0                              | 0        | 1 0 2 0<br>3 0 4 0<br>5 0         | 0        |
| <b>3) กรณีอื่น ๆ โปรดระบุ</b>        |                                |          |                                   |          |
|                                      | 0                              | 0        | 1 0 2 0<br>3 0 4 0<br>5 0         | 0        |
| <b>รวม</b>                           | <b>4</b>                       | <b>0</b> | 1 0 2 0<br>3 0 4 0<br>5 0         | <b>4</b> |
| ผู้บันทึก :<br>เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ : | นสรชนี สุวลักษณ์<br>0946467550 |          | ผู้ตรวจสอบ :<br>นายสรวิศ ม่วงมิตร |          |

กรุณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมแพ

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>                    |

| 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 ให้อัตโนมัติเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                               | 0 |
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้   | 0 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน  | 0                                 |
| 4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ   | 0                                 |
| ผู้บันทึก : นสรักษ์นี้ สุวลักษณ์<br>เบอร์โทรติดต่อ : 0946467550 | ผู้ตรวจสอบ :<br>นายสรวิศ ม่วงมิตร |

กรณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

หน่วยงาน โรงพยาบาลชุมแพ

| 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"/> |

| กรณาระบุรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 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 หลักเกณฑ์การรับทรัพย์สินหรือประโยชน์อื่นใดโดยธรรมจรรยาของเจ้าพนักงานของรัฐ 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 ว่าด้วยการให้หรือรับของขวัญของเจ้าหน้าที่ของรัฐ 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 / zip<br><br>>> ตรวจสอบข้อมูล <<<br>( <a href="https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/uploac">https://stopcorruption.moph.go.th/app/gift/uploac</a> ) |
| 3.โอกาสในการรับ  |  |
| 3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)  | <input type="text" value="0"/>   |
| 3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)  | <input type="text" value="0"/>   |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| 3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                     | <input type="text" value="0"/> |
| 4.การดำเนินการ   |                                |
| 4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                           | <input type="text" value="0"/> |
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้  | <input type="text" value="0"/> |
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน                                     | <input type="text" value="0"/> |
| 4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>                     | <input type="text" value="0"/> |
| ผู้บันทึก : นสรักษ์ สุวลักษณ์<br>เบอร์โทรติดต่อ : 0946467550 | ผู้ตรวจสอบ : นายสรวิศ ม่วงมิตร |