แบบสำรวจข้อมูลผู้ป่วย ผู้ด้อยโอกาสในสังคม และนักเรียนทุน ในพระบรมราชานุเคราะห์ พระราชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่

อำเภอ.....หน่วยงาน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

เลขที่บัตรประชาชน	ชื่อ-สกุล	เพศ	วดป.เกิด	อาชีพ	รายได้	สถานภาพสมรส	จำนวนสมาชิกในครอบครัว	หมายเลขโทรศัพท์	ประเภทความช่วยเหลือที่ได้รับ						หมายเหตุ
									ผู้ป่วย		ผู้ดอยโอกาส		นักเรียทุน		
									ค่ารักษา	ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	เงิน	สิ่งของ	ค่าเล่าเรียน	ค่าใช้จ่ายอื่นๆ	

* หมายเหตุ : นักเรียนทุน ให้ใส่ระดับผลการเรียนช่องหมายเหตุ ด้วย

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....

เบอร์โทรติดต่อ.....

e-mail.....