



ประกาศเทศบาลตำบลสุคริณ  
เรื่อง เปิดรับสมัครผู้เข้าร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน  
เทศบาลตำบลสุคริณ

\*\*\*\*\*

ด้วยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุคริณ จัดทำโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชน เทศบาลตำบลสุคริณ เพื่อส่งเสริมสุขอนามัย ลดความเสี่ยงในการเกิดโรค และเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพที่ถูกต้องแก่ผู้เข้าร่วมโครงการ จึงขอประกาศเปิดรับสมัครเด็กและเยาวชนที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

**คุณสมบัติผู้สมัคร**

๑. เด็กและเยาวชนเพศชาย
๒. มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว
๓. มีภูมิลำเนาอยู่ในพื้นที่เทศบาลตำบลสุคริณ

จำนวนเด็กที่รับสมัคร จำนวน ๖๐ คน

**หลักฐานการรับสมัคร**

๑. สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้านของเด็ก จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัคร พร้อมลายเซ็นยินยอมของผู้ปกครอง

**วัน เวลาและสถานที่รับสมัคร**

-กำหนดการรับสมัคร ตั้งแต่วันที่ ๑๐ - ๓๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙ ในวันและเวลาราชการ  
ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุคริณ

**วัน เวลาและสถานที่ในการเข้าร่วมโครงการ**

- วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๙ เวลา ๐๘.๐๐ เป็นต้นไป
- สถานที่ ณ ห้องประชุมต้นน้ำ เทศบาลตำบลสุคริณ อำเภอสุคริณ จังหวัดนราธิวาส

ประกาศ ณ วันที่ ๑๐ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

(นายจำรัส มังคลาทัศน์)

นายกเทศมนตรีตำบลสุคริณ



## ใบสมัคร

โครงการขลิบนางหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนเทศบาลตำบลสุคริริน

\*\*\*\*\*

(กรุณารอกข้อมูลให้ครบถ้วนเพื่อประโยชน์ของท่าน)

### 1. ข้อมูลส่วนตัว ของเด็กและเยาวชน

ชื่อ-นามสกุล .....

วัน-เดือน-ปีเกิด.....อายุ .....ปี น้ำหนัก.....

โรคประจำตัว.....ยาที่ใช้ประจำ(กรณีมีโรคประจำตัว).....

ประวัติแพ้ยา ☐ ไม่มี ☐ มี (โปรดระบุ).....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

### 2. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ปกครอง

ชื่อ-นามสกุล บิดา .....

ชื่อ-นามสกุล มารดา .....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....โทรศัพท์.....

### 3. เอกสารประกอบรับสมัคร

- สำเนาบัตรประชาชนหรือสำเนาทะเบียนบ้าน เยาวชนในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลสุคริริน จำนวน 1 ฉบับ

☐ อนุญาตให้ (ชื่อ-นามสกุล).....

เข้าร่วมโครงการขลิบนางหุ้มปลายอวัยวะเพศชายในเด็กและเยาวชนเทศบาลตำบลสุคริริน

ลงชื่อ.....ผู้ปกครอง

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ : ส่งใบสมัครภายในวันที่ 31 มีนาคม 2569 ได้ที่ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลสุคริริน  
(ในวันเวลาราชการ) โทร : 073-656-194