

ลำดับที่ .....ชุมชน.....

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายสำหรับเด็กและเยาวชน  
ในเขตพื้นที่เทศบาลเมืองคลองแห ประจำปี ๒๕๖๙

๑.ชื่อ-สกุล (ผู้เข้าร่วมโครงการ).....

วัน/เดือน/ปี เกิด.....อายุ.....ปี

โรคประจำตัว.....ยาที่ใช้ประจำ(กรณีโรคประจำตัว).....

ที่อยู่เลขที่.....หมู่ที่.....ชุมชน.....ตำบล คลองแห อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ชื่อ-สกุล บิดา.....อาชีพ.....โทร.....

ชื่อ-สกุล มารดา.....อาชีพ.....โทร.....

๒.ข้าพเจ้า.....ซึ่งเป็น.....

โทร.....ยินยอมให้ (เด็กชาย/นาย).....

เข้าร่วมโครงการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายสำหรับเด็กและเยาวชนฯ ปีงบประมาณ ๒๕๖๙ และยินยอมให้ทีมแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ทำหัตถการขลิบหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชายและใช้ยาระงับความรู้สึก โดยข้าพเจ้ายินยอมรับผลที่เกิดขึ้นหากเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการดังกล่าวและจะไม่เรียกร้องในคดีแพ่งต่อเจ้าหน้าที่ และส่วนราชการแต่อย่างใด

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร(บิดา/มารดา/ผู้ปกครอง)

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

**คุณสมบัติผู้เข้าร่วมโครงการฯ**

๑.เพศชาย

๒.มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน ตำบลคลองแห (ทั้งเด็กและผู้ปกครอง)

๓.อายุระหว่าง ๗-๑๕ ปี

**เอกสารที่ต้องจัดเตรียม**

๑.สำเนาทะเบียน พร้อมรับรองสำเนา ของ เด็ก ๑ ฉบับ

๒.สำเนาทะเบียนบ้าน และบัตรประชาชน (ของบิดา/มารดา/ผู้ปกครอง) พร้อมรับรองสำเนา จำนวน ๑ ชุด