**แบบฟอร์มการลงทะเบียนของศูนย์พักพิงชั่วคราว**

**ภาคผนวก ฏ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันลงทะเบียน** | **เจ้าหน้าที่ลงทะเบียน** | **ชื่อศูนย์พักพิงชั่วคราว** | **อาครารสถานที่ตั้งศูนย์ฯ\*** | **เลขที่ลงทะเบียน** |
|  |  |  |  |  |

**\*1.วัด 2.โรงเรียน 3.มหาวิทยาลัย 4.อาคารหน่วยงานของรัฐ 5.โรงพยาบาล 6.สนามกีฬา 7.อื่นๆ**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **สมาชิกครอบครัว** | | | | | | | |
| **ชื่อ** | **นามสกุล** | **ชื่อเล่น** | **ความสัมพันธ์กับหัวหน้าครอบครัว** | **สถานภาพ** | **เพศ** | **วันเกิด** | **อายุ** |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ข้อมูลพื้นฐาน | | | | | |
| เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน | ถิ่นฐานเดิม | | วันที่เข้าศูนย์ | | หมายเหตู |
| สัญชาติ | | เชื้อชาติ | | ศาสนา | |

|  |  |
| --- | --- |
| รายละเอียดการติดต่อ | |
| เบอร์โทรศัพท์ | ที่อยู่ |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ความต้องการพิเศษ |
| ผู้ทุพลภาพ ผู้สูงอายุ ผู้หญิงเป็นหัวหน้าครอบครัว มารดาที่กำลังให้นมบุตร เด็กที่ถูกทอดทิ้ง ข้อจำกัดทางโภชนาการ ผู้ป่วยที่มียาเฉพาะ | ระบุรายละเอียด |
| ได้มีการนำสัตว์มาด้วยหรือไม่ | ระบุประเภทและจำนวนของสัตว์เลี้ยง |

|  |
| --- |
| ลายมือชื่อ/ลายนิ้วมือผู้ลงทะเบียน : วันที่: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| เด็กถูกทอดทิ้ง | | |
| ชื่อบิดา | ชือมารดา | กรณีที่ไม่ทราบ โปรดแจ้งชื่อญาติที่สามารถติดต่อได้ |
| ลักษณะทางร่างกายที่เด่นชัด (ระบุ) | | |

|  |
| --- |
| หมายเหตุ |