

แบบสำรวจการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ในการดำเนินโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากกองทุนส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

โดยหนังสือฉบับนี้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง..... หน่วยงาน.....
สังกัด ที่ตั้งเลขที่ ถนน
ซอย ตำบล..... อำเภอ จังหวัด
เบอร์โทรศัพท์..... ขอรับรองว่าหน่วยงานของข้าพเจ้ายินดีให้การสนับสนุนโครงการ
.....
ของ..... (หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ) ในเรื่อง ดังนี้

- 1. สถานที่ (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น)
- 2. วิทยากร (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น)
- 3. งบประมาณ จำนวน บาท (.....บาทถ้วน)
- 4. อุปกรณ์ ได้แก่
- 5. อาหาร - เครื่องดื่ม จำนวน วัน / มื้อ
- 6. ยานพาหนะ (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น)
- 7. อาสาสมัคร (โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น) จำนวน คน (โปรดแนบรายชื่อ)
- 8. อื่นๆโปรดระบุให้ชัดเจน.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

...../...../.....