

แบบสำรวจผู้ประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ

แบบสำรวจนี้มีประโยชน์สำหรับท่านโดยใช้ประกอบการวางแผนเพื่อให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆ เช่น ด้านการฝึกอาชีพ/การมีงานทำ ด้านการศึกษา ด้านเงินทุนสนับสนุน หรือด้านอื่นๆ

ชื่อค่ายปรับเปลี่ยนพฤติกรรม/สถานพยาบาล.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์.....

สถานภาพสมรส โสด คู่ หย่า หม้าย แยกกันอยู่

ระดับการศึกษาสูงสุด..... จาก.....

อาชีพปัจจุบัน ๑. อาชีพหลักระบุ..... อาชีพเสริม.(ถ้ามีระบุ).....

๒.ว่างงาน

๓. นักเรียน/นักศึกษาาระดับชั้น.....สถานศึกษา.....

อื่นๆ ระบุ.....

ความต้องการช่วยเหลือ

ไม่ต้องการ เนื่องจาก.....

ต้องการ ในด้าน

การศึกษา ระบุ.....

อาชีพ ระบุ.....

อื่นๆ ระบุ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่ประจำค่าย/สถานพยาบาล