**แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**

**ประจำปีงบประมาณ 2563**

**วันที่ 14 กันยายน 2563**

**ณ. ห้องประชุมองค์การบริหารส่วนตำบลบือมัง อำเภอรามัน จังหวัดยะลา**

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.......................................................สกุล........................................

เลขที่บัตรประชาชน................................................ชื่อหมู่บ้าน........................บ้านเลขที่ .............หมู่ที่..............ตำบลบือมัง อำเภอรามัน จังหวัดยะลา เบอร์มือถือ..................................................

 มีความประสงค์เข้าร่วม

 ไม่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการ

 (ลงชื่อ).......................................................

 (.........................................................)

หมายเหตุ

 กรุณาส่งแบบตอบรับภายในวันที่ 11 กันยายน 2563

 ณ.ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลบือมัง โทร/โทรสาร 073-299985