

**ด่วนที่สุด**  
ที่ ขย ๐๐๒๓.๖/ว ๕๒๓๔



อบต. นายางหลัก  
เลขที่รับ ๐๐๓ ๒๕๖๔  
วันที่ ๗ เม.ย. ๒๕๖๔  
เวลา ๑๖.๒๐

ศาลากลางจังหวัดชัยภูมิ  
ถนนบรรณาคาร ขย ๓๖๐๐๐

๗ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการ  
ปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน นายอำเภอ ทุกอำเภอ นายกองค้การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และนายกเทศมนตรีเมืองชัยภูมิ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จำนวน ๑ ชุด  
ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๑๕๖๔ ลงวันที่ ๒๗ มีนาคม ๒๕๖๔

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์  
การพัฒนาาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๔ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔  
ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนายกระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การรักษาพยาบาลประเภผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้  
งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
(ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๔ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง  
หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ  
เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุขและสังกัดองค์กรบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๔ จำนวน ๑๐๐ แห่ง และเดือน  
พฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๔ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการและบุคคล  
ในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

จังหวัดชัยภูมิพิจารณาแล้ว เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับการให้บริการ  
ของสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รวมถึงหน่วยบริการ  
สาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียนเป็นหน่วยบริการปฐมภูมิ  
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒ ที่มีความสนใจขอเข้าร่วม  
โครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการ  
และบุคคลในครอบครัว จึงให้อำเภอแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์  
เข้าร่วมโครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานท้องถิ่นจังหวัดชัยภูมิตราบ  
ภายในวันศุกร์ที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๔ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ สำหรับองค์การบริหารส่วนจังหวัดชัยภูมิ และเทศบาลเมืองชัยภูมิ  
ให้พิจารณาดำเนินการเช่นเดียวกัน

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุชา อินทศร)

รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดชัยภูมิ

สำนักงานท้องถิ่นจังหวัด

กลุ่มงานบริการสาธารณสุขท้องถิ่นและประสานงานท้องถิ่นอำเภอ


โทร./โทรสาร ๐-๔๔๘๒-๒๒๐๓

เรียน นายก อบต.นาปางหลัก

- เพื่อโปรดทราบ/พิจารณา

- เห็นควรจึงให้

- สำนักปลัด  กองช่าง  กองคลัง  
 กองสวัสดิการสังคม  กองการศึกษา  
 กองสาธารณสุข  
 อื่นๆ.....

  
(นางสาวกรณิศ จงแจ้งกลาง)  
เจ้าพนักงานธุรการ

  
(นายภูริภัทร์ จันทง)

นักป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยชำนาญการ รักษาราชการแทน  
หัวหน้าสำนักปลัด อบต.

  
(นายอนันต์เดช โชตินอก)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลนาปางหลัก

  
(นายกฤษ คงเพชรศักดิ์)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบลนาปางหลัก

ด่วนที่สุด  
ที่ มท ๐๘๒๑.๔/ว ๐๒๖๕



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

มีนาคม ๒๕๖๕

เรื่อง แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วย  
บริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบสำรวจแจ้งความประสงค์เข้าร่วมโครงการขอการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบการเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง ฯ จำนวน ๑ ชุด

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นได้รับแจ้งจากคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์  
การพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิว่า ในการประชุมคณะอนุกรรมการฯ ครั้งที่ ๑/๒๕๖๕ เมื่อวันที่ ๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๕  
ที่ประชุมได้มีมติเห็นชอบแนวทางในการพัฒนาระดับการให้บริการสาธารณสุขของหน่วยบริการปฐมภูมิ  
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ซึ่งกรมบัญชีกลางได้จัดทำแนวปฏิบัติการเบิกจ่ายตรงเงินสวัสดิการเกี่ยวกับ  
การรักษาพยาบาลประเภผู้ป่วยนอกสำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยให้ใช้  
งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ  
(ยกเลิกเครื่อง EDC) ตั้งแต่วันที่ ๑๖ มีนาคม ๒๕๖๕ เป็นต้นไป โดยที่ประชุมเห็นชอบการจัดสรรโควตานำร่อง  
หน่วยบริการปฐมภูมิที่มีความพร้อมด้านการเชื่อมต่อระบบเพื่อใช้งานระบบเบิกจ่ายตรง/ระบบแสดงตนยืนยันสิทธิ  
เมื่อสิ้นสุดการรับบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน ๕๐๐ แห่ง ในสังกัดกระทรวง  
สาธารณสุขและสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด โดยเริ่มตั้งแต่เมษายน ๒๕๖๕ จำนวน ๑๐๐ แห่ง  
และเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน ๒๕๖๕ จำนวน ๔๐๐ แห่ง เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ข้าราชการ  
และบุคคลในครอบครัวในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้วเห็นว่า เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการยกระดับ  
การให้บริการของสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินีและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล  
รวมถึงหน่วยบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผ่านการประเมินขึ้นทะเบียน  
เป็นหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. ๒๕๖๒  
ที่มีความสนใจขอเข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรงสวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่าย  
หน่วยบริการปฐมภูมิแก่ข้าราชการและบุคคลในครอบครัว ในการนี้ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น  
ขอความร่วมมือจังหวัดแจ้งสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดดำเนินการ ดังนี้

๑. แจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการสาธารณสุขและมีความประสงค์เข้าร่วม  
โครงการดังกล่าวตอบแบบสำรวจและจัดส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด

/๒. ตรวจสอบ ...



๒. ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๑ และรวบรวมให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทราบทางเอกสารและทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันศุกร์ที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๙ ทั้งนี้ มอบหมายให้ นายธนวรรต ยี่คว่ำ ตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการ หมายเลขโทรศัพท์ ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔ เป็นผู้ประสานงาน โดยสามารถดาวน์โหลดรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วยหรือ QR Code แนบท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ



(นายหิวิพันธ์ ศรีกงพลี)

รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน  
อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น



<https://shorturl.asia/qN2Qk>

กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น

กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com

โทร. ๐ ๒๒๕๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๕๐๕

ผู้ประสาน นางสาวภัชร์จิรฉิม ธัชเมธีรัตน์/นางสาวแสงระวี สวัสดิ์บุศดร

นายธนวรรต ยี่คว่ำ โทร ๐๘ ๓๕๓๖ ๕๑๔๔



ตัวอย่าง ข้อมูลหลักผู้ขาย (vendor code)

- กรอกข้อมูลให้ครบถ้วน ยกเว้น ข้อ (1) (3) (4) (7) ไม่ต้องกรอกข้อมูล และหากข้อไหนไม่มีข้อมูล เช่น ขอย ให้ระบุ - urcode ระบุรหัสหน่วยบริการ
- โปรดตรวจสอบตัวเลขที่ถูกต้อง

กรกรงข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลหลักผู้ขาย (Vendor Code)		(๗)	(๘)
(๑)	(๒)	(๓)	(๔)
		ข้อมูลบัญชีเงินฝากธนาคารของผู้ขาย	ข้อมูลที่อยู่ผู้ขาย
		ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาอังกฤษ)	ชื่อบัญชีเงินฝาก (ภาษาไทย)
		หมายเลขบัญชีธนาคาร	หมายเลขบัญชี
		สาขา	สาขา
		ชื่อนาคาร	ชื่อนาคาร
		รหัสธนาคาร	รหัสธนาคาร
		E-mail สถานพยาบาล	E-mail สถานพยาบาล
		หมายเลขตู้	หมายเลขตู้
		หมายเลขแฟกซ์	หมายเลขแฟกซ์
		หมายเลขตู้	หมายเลขตู้
		หมายเลขโทรศัพท์	หมายเลขโทรศัพท์
		รหัสไปรษณีย์	รหัสไปรษณีย์
		จังหวัด	จังหวัด
		อำเภอ	อำเภอ
		ตำบล	ตำบล
		ซอย	ซอย
		ถนน	ถนน
		บ้านเลขที่	บ้านเลขที่
		อาคาร/ชั้น	อาคาร/ชั้น
		เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
		ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)
		ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)
		ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)
		รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)
		urcode (รหัส รพ.)	urcode (รหัส รพ.)
		ลำดับที่	ลำดับที่

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ข้อ (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล



ตัวอย่าง สำเนา Bookbank บัญชีคอมพิวเตอร์

	
สาขา 142	142-0-00000-0
สาขา กรุงเทพมหานคร	
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	
สำนักงานอุดร	ลายเซ็น
	(นางสาวสิริลดา นนสนดี)
	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตำบล ก
	



ตัวอย่าง ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

### ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ลายเซ็น

(นางสาวตัวอย่าง บานสมมติ)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

ประทับตรา  
รพ. สธ.

แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน

### ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

1. นางสาวตัวอย่าง บานสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก  
หรือ

2. นายสำรอง บานสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ลายเซ็น

ลายมือชื่อทำมเกิน 2 ท่าน

(นางสาวตัวอย่าง บานสมมติ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก

หรือ

ลายเซ็น

(นายสำรอง บานสมมติ)  
นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ประทับตรา  
รพ. สธ.

แบบที่ 2 หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ"  
เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ"  
โดยเซ็นมาในใบเดียวกัน



ตารางข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับสถานพยาบาลเพื่อจัดทำข้อมูลรหัสผู้ขาย (Vendor Code)		
(๑)	(๒)	รหัสผู้ขาย
		ชื่ออังกฤษ
		ชื่อไทย
		หมายเลขบัตร
		สาขา
		ชื่ออาคาร
	(๓)	E-mail
		สถานพยาบาล
		หมายเลข
		หมายเลขแฟกซ์
		หมายเลขโทร
		หมายเลขโทรศัพท์
		รหัสไปรษณีย์
(๔)	จังหวัด	
	อำเภอ	
	ตำบล	
	ซอย	
	ถนน	
	บ้านเลขที่	
(๕)	อาคาร/ชั้น	
	เลขประจำตัวผู้เสียภาษี	
(๖)	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาอังกฤษ)	
	ชื่อสถานพยาบาล (ภาษาไทย)	
(๗)	ประเภทผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๘)	รหัสผู้ขาย (กรมบัญชีกลางกำหนด)	
(๙)	uhcode (รหัส รพ.)	
(๑๐)	คำทับศัพท์	

หมายเหตุ : กรณีเป็น สถานพยาบาลของทางราชการ ช่อง (๗) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี ไม่ต้องกรอกข้อมูล



สำเนาสมุดเลขที่บัญชีเงินฝากออมทรัพย์

หรือ

สำเนา Statement เลขที่บัญชีเงินฝากกระแสรายวัน

ของโรงพยาบาล

รับรองสำเนาถูกต้อง

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกตาราง Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษาพยาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๙๙ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐



ตัวอย่างลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

.....(ลายมือชื่อ).....

(.....ชื่อตัวบรรจง.....)

.....ตำแหน่ง.....

แล้วประทับตราโรงพยาบาลด้วย

กรณีมีปัญหาในการกรอกราย Vendor Code หรือลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

ติดต่อสอบถาม กลุ่มงานกำกับและตรวจสอบระบบสวัสดิการรักษายาบาล โทร. ๐๒ ๑๒๗ ๗๓๔๕๕ ,

๐๒ ๑๒๗ ๗๔๐๐
















คำกล่าว : <b>ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</b>	
<p style="text-align: center;"><b>ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</b></p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก</p> <div style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 20px auto;"> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">ประทับตรา ของ อบต.</p> </div>	<p style="text-align: center;"><b>ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</b></p> <p>ผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก</p> <p>1. นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก หรือ</p> <p>2. นายสำรอง นามสมมติ ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นางสาวตัวอย่าง นามสมมติ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก</p> <p style="text-align: center;">หรือ</p> <p style="text-align: center;">ลายเซ็น</p> <p style="text-align: center;">.....</p> <p style="text-align: center;">(นายสำรอง นามสมมติ) นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ</p> <div style="text-align: right; border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 80px; height: 80px; margin: 20px auto;"> <p style="text-align: center; font-size: 8px;">ประทับตรา ของ อบต.</p> </div>
<b>ลายมือชื่อทำแบบ 2 ท่าน</b>	
<p>แบบที่ 1 กรณีให้ผู้มีอำนาจลงนาม 1 คน</p>	<p>แบบที่ 2 หากประสงค์ให้ลงนามทั้ง 2 ท่านให้เขียนว่า "และ" เช่น นาย ก. และ นาย ข. แต่ถ้าคนใดคนหนึ่ง ใช้ "หรือ" โดยเขียนมาในใบเดียวกัน</p>

๓. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการส่งเอกสารที่เกี่ยวข้องให้สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จังหวัด ดังนี้

- ๓.๑ แบบสำรวจของหน่วยบริการสาธารณสุข สังกัด อปท. ที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการเบิกจ่ายตรง สวัสดิการรักษายาบาลของหน่วยบริการปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
- ๓.๒ เอกสารข้อมูลหลักผู้ขาย (VENDER CODE)
- ๓.๓ สำเนา BOOK BANK บัญชีออมทรัพย์
- ๓.๔ ลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนามในคำขอเบิก

๔. สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารตามข้อ ๓ ให้เรียบร้อย และดำเนินการจัดทำข้อมูลสรุปตามแบบฟอร์มสำรวจ (อยู่ใน Folder สำหรับสำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด) และดำเนินการส่งเอกสารทั้งหมดให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ทราบ ทางเอกสาร และทาง ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ smart.hdla@gmail.com ภายในวันที่ ๑๐ เมษายน ๒๕๖๔

	<p>สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัด.....</p> <p>ที่อยู่..... เบอร์โทรศัพท์.....</p> <p>ที่ มท .....</p>
<p>เรียน อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</p> <p>กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น</p> <p>ถนนนครราชสีมา แขวงดุสิต</p> <p>เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ๑๐๓๑๐</p>	













