



โรงพยาบาลอรัญประเทศ
เลขที่ 4685
วันที่ 1 กย 65
เวลา 14.40 น

ที่ สก ๕๒๑๐๑/ ๕๕

สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเมืองอรัญญประเทศ
ถนนสันติภาพ สก ๒๗๑๒๐

๓๐ สิงหาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือตรวจสอบเอกสาร

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือรับรองการเกิด ที่ ๗๑๐/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเมืองอรัญญประเทศ ได้รับคำร้องจาก นางสาวเทียด ทอร์ สัญชาติ กัมพูชา มาดำเนินการแจ้งการเกิดเกินกำหนดบุตรของตนเอง โดยมีเอกสารหลักฐานหนังสือรับรองการเกิด โรงพยาบาลอรัญประเทศ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว เลขที่ ๗๑๐/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เกิดเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐ เป็นบุตรของ นางสาวเทียด ทอร์ สัญชาติกัมพูชา และ นายโยฮัน บู สัญชาติ กัมพูชา นั้น

สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเมืองอรัญญประเทศ ขอเรียนประสานโรงพยาบาลอรัญประเทศ เพื่อขอตรวจสอบเอกสารหลักฐาน ดังนี้

๑. หนังสือรับรองการเกิด ที่ ๗๑๐/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ ซึ่งเป็นเอกสาร ที่ทางโรงพยาบาลอรัญประเทศ ออกให้จริงหรือไม่

๒. ตามรายละเอียดหนังสือรับรองการเกิด โรงพยาบาลอรัญประเทศ ที่ ๗๑๐/๒๕๕๐ ลงวันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔ เด็กที่เกิดชื่อตัว ด.ช.บน.เทียด ชื่อสกุล ทอร์ เกิดเมื่อวันที่ ๓ กรกฎาคม ๒๕๕๐ เวลา ๑๗.๐๘ น. เพศหญิง สถานภาพของครอบครัว บิดา ชื่อตัว โยฮัน ชื่อสกุล บู มารดาชื่อตัว เทียด ชื่อสกุล ทอร์ ผู้ทำคลอดชื่อตัว-ชื่อสกุล นายแพทย์อุดม จันทามงคล น้ำหนักเด็ก ๓,๒๓๐ กรัม เด็กคนนี้เกิดที่โรงพยาบาล อรัญประเทศ เลขที่ ๔ ถนนมหาดไทย ตำบลอรัญประเทศ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ตามรายละเอียดที่ปรากฏ จริงหรือไม่

ผลเป็นประการใด กรุณาแจ้งให้สำนักทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเมืองอรัญญประเทศทราบ พร้อมได้แนบเอกสารที่เกี่ยวข้องมาด้วย รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

- ☒ เพื่อโปรดทราบ
☒ เพื่อโปรดพิจารณา
☒ เห็นความชอบ.....
☐ อื่นๆ

ขอแสดงความนับถือ

(นายอนุสรณ์ อุ่นสำราญ)

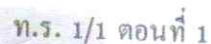
นายทะเบียนท้องถิ่นเทศบาลเมืองอรัญญประเทศ

งานทะเบียนราษฎร
โทร.๐ ๓๗๒๓ ๓๔๐๖

(นายราเชษฎ์ เชิงพนม)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอรัญประเทศ

01 กย 2565



หนังสือรับรองการเกิด

สถานที่ออกหนังสือรับรอง ก. ชื่อสถานพยาบาล _____ โรงพยาบาลรัฐประเทศ ต. รัฐประเทศ อ. รัฐประเทศ จ. สระแก้ว

ข. บ้านเลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____

ที่ 710 - 2560 ข. บม.เลขที่ _____ ถนน _____ หมู่ _____ ตำบล _____ อำเภอ _____ จังหวัด _____
วันที่ 7 เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2564

1 เด็กที่ เกิด	1.1 ชื่อตัว <u>ดาญน เกษิด</u> ชื่อสกุล <u>ทอ</u>		1.2 เพศ <input type="checkbox"/> ชาย <input checked="" type="checkbox"/> หญิง		1.3 สัญชาติ <input type="checkbox"/> ไทย <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ (ระบุ) <u>มิ얀มา</u>	
	1.4 เกิดเมื่อวันที่ <u>3</u> เดือน <u>กรกฎาคม</u> พ.ศ. <u>25๕๐</u> ณ สถานพยาบาล		เวลา <u>17:08</u> น. <input type="checkbox"/> ขึ้น <input type="checkbox"/> ท่า <input type="checkbox"/> แรม <input type="checkbox"/> ท่า		ตรงกับวัน _____ เดือน _____ ปี _____	
1.5 ชื่อสถานที่ที่เกิด <u>โรงพยาบาลอรัญประเทศ</u>		บ้านเลขที่ <u>หมู่ที่ ๓๒๒ ถนน</u>		ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด <u>จ.สระแก้ว</u>		
2 สถานภาพ ของครอบครัว	บิดา	2.1 ชื่อตัว <u>ใบรับ</u> ชื่อสกุล <u>ทอ</u>		มารดา		
	บุตร	2.2 ชื่อตัว <u>เก๋ยต</u> ชื่อสกุล <u>ทอ</u>		เลขประจำตัวประชาชน <u>๙-๙๙๙๙๙๙๙๙</u>		
3 ผู้ทำคลอด	2.3 เป็นบุตรลำดับที่ <u>1</u> <input type="checkbox"/>		2.4 จำนวนบุตรทั้งหมดมี <u>1</u> คน			
	3.1 เป็น <input type="checkbox"/> หมอตำแย <input type="checkbox"/> ผดุงครรภ์ <input type="checkbox"/> ผู้ช่วยพยาบาล <input type="checkbox"/> พนักงานอนามัย <input type="checkbox"/> พยาบาล <input type="checkbox"/> แพทย์แผนปัจจุบัน <input checked="" type="checkbox"/> อื่น ๆ <u>ระบุ</u>		ยังมีชีวิตอยู่ <u>1</u> คน คลอดแล้วตาย _____ คน ตายในครรภ์ _____ คน			
4 เด็กที่ เกิด	3.2 ชื่อตัว <u>รพ. อด</u> ชื่อสกุล <u>จันท</u>		3.3 อยู่บ้านเลขที่ <u>หมู่ที่ ๓๒๒ ถนน</u> ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด <u>จ.สระแก้ว</u>			
	4.1 เกิดด้วย <input checked="" type="checkbox"/> 4.2 เกิดแฝด <input type="checkbox"/> คู่ <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>		4.3 เกิดแฝดลำดับที่ หนึ่ง <input type="checkbox"/> สอง <input type="checkbox"/> สาม <input type="checkbox"/> สี่ <input type="checkbox"/>			
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	4.4 อยู่ในครรภ์นาน <u>39</u> เดือน <u>สัปดาห์</u>		4.5 น้ำหนักเด็ก <u>3230</u> กรัม			
	4.6 บาดเจ็บเนื่องจากการคลอด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____		4.7 ร่างกายวิปริตมาแต่กำเนิด <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
5 การเจ็บป่วยของ มารดา	5.1 เจ็บป่วยเนื่องจากการตั้งครรภ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____		5.2 เจ็บป่วยไม่เกี่ยวกับการตั้งครรภ์ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
	5.3 เจ็บป่วยเนื่องจากการคลอด <input type="checkbox"/> ไม่มี <input checked="" type="checkbox"/> มี คือ <u>ติดเชื้อในช่องคลอด แผลฝีเย็บ</u>		5.4 ทำคลอดโดยวิธีพิเศษ <input checked="" type="checkbox"/> ไม่มี <input type="checkbox"/> มี คือ _____			
ลงชื่อ _____ ผู้ทำคลอด (<u>รพ. อด จันท</u>)			ลงชื่อ <u>น.ค. นก ศรีทอง</u> ผู้ออกหนังสือ (<u>นางวรรณี ประสงค์ผล</u>) รับรองการเกิด			
ลงชื่อ _____ นายทะเบียนผู้รับแจ้งการเกิด (_____)			ลงชื่อ _____ เจ้าบ้านผู้มอบอำนาจ (<u>นายสมภพ อธิธาวัชรกุล</u>) ให้ไปแจ้งการเกิด			
เลขที่ _____ วัน เดือน ปี _____			_____ ผู้รับมอบอำนาจให้ไป (_____) ดำเนินการแจ้งการเกิด			