

ຂໍ້ມູນຕາມກົດຄວາມສ່ວນຕົວ		
ກ ຊື່ຄົນບ່ອນ	ຂ ເລກປະກັນສັງຄົມ	ຄ ວັນທີລາຍງານ
ງ ອົງການ	ຈ ຕຳແໜ່ງຜູ້ກອກ	
ກ ວັນທີໃຈເຈັບ	ຂ ເວລາເຈັບໃຈ	ຄ ຈຸດເກີດເຫດດຣາມ່າ
ງ ຊື່ຄົນທີ່ຕິຕຳນໃຈອ່ອນ	ຈ ອົງການ	
<div>ດຳເຂົາຫຼືໃສ່ຂ້າງໃດ</div> <div><div><div><div><input type="radio"/> ຊ້າຍ</div><div><input type="radio"/> ຂວາ</div><div><input type="radio"/> ຄູ່</div></div><div><div>ແມ່ນມີຮອຍໃຈຖາວອນບໍ່</div><div><div><div><input type="radio"/> ຈິງ</div><div><input type="radio"/> ບໍ່</div><div><input type="radio"/> ອາດ</div></div></div><div><div>ຕ້ອງການ ກະດາດ ເຊັດນ້ຳຕາບໍ່</div><div><div><div><input type="radio"/> ຈິງ</div><div><input type="radio"/> ບໍ່</div><div><input type="radio"/> ຫຼາຍແຜ່ນ</div></div></div><div><div>ເຫດນີຕິສະຫມອງບໍ່</div><div><div><div><input type="radio"/> ຈິງ</div><div><input type="radio"/> ບໍ່</div><div><input type="radio"/> ອາດ</div></div></div></div></div></div></div></div>		
<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>
<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>
<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>
<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>
<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/></div>
ກ ຊື່ພິມຂອງຄົນບ່ອນ	ຂ ລາຍຊື່	