

ลำดับที่ .....

ใบรับเรื่องการขอรับการให้คำปรึกษาการเลิกรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม  
กลุ่มการติดตามและประเมินผลการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม  
ศูนย์อำนวยการรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม กรมกิจการเด็กและเยาวชน

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

ชื่อ - สกุลผู้ติดต่อ .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ .....

..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... อีเมล .....

ชื่อ - สกุลครอบครัวบุญธรรม

บิดาบุญธรรม.....เลขประจำตัวประชาชน.....

มารดาบุญธรรม.....เลขประจำตัวประชาชน.....

ที่อยู่ .....

..... รหัสไปรษณีย์ .....

หมายเลขโทรศัพท์ ..... อีเมล .....

ชื่อ - สกุลบุตรบุญธรรม .....ชื่อ - สกุลเดิม (ถ้ามี) .....

อายุ ..... ปี วัน/เดือน/ปีเกิด .....เลขประจำตัวประชาชน.....

ชื่อสถานสงเคราะห์ .....ทะเบียนบุตรบุญธรรมเลขที่ .....วันที่.....ณ.....

ชื่อ-สกุลบิดาผู้ให้กำเนิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

ชื่อ-สกุลมารดาผู้ให้กำเนิด.....อายุ.....ปี หมายเลขโทรศัพท์.....

ขอรับคำปรึกษาเรื่อง การขอรับการให้คำปรึกษาการเลิกรับเด็กเป็นบุตรบุญธรรม

เนื่องจาก

[ ] 1. ปัญหาการเลี้ยงดูบุตรบุญธรรม

[ ] 2. การคืนอำนาจปกครอง

[ ] 3. อื่นๆ .....

ปัญหาที่ประสบ .....

.....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้ติดต่อ

( ..... )