



หลักเกณฑ์และคุณสมบัติของผู้ลงทะเบียนรับนม-ไข ฟรี
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพนา

คุณสมบัติของผู้ลงทะเบียน

1. หญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์ (มีสมุดสีชมพู) และมีผลการตรวจเลือดแล้ว
2. มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเทศบาลตำบลพนาไม่น้อยกว่า 3 เดือน และอาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลตำบลพนา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. สามารถติดตามให้บริการสุขภาพที่บ้านได้
3. ต้องฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ หรือตามดุลยพินิจของคณะทำงาน
4. สมัครใจปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

หลักฐานการลงทะเบียน

1. แบบลงทะเบียนรับนม-ไข จำนวน 1 ชุด
2. หนังสือรับรองการตั้งครรภ์และรับรองการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานแม่และเด็ก โรงพยาบาลพนา จำนวน 1 ชุด
3. หนังสือรับรองการอาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลตำบลพนา ที่รับรองโดยประธาน อสม. จำนวน 1 ฉบับ
4. สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) จำนวน 1 ชุด
5. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ฉบับ
6. สำเนาทะเบียนบ้านของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ฉบับ

หลักเกณฑ์การสนับสนุน

ส่งเสริมโภชนาการให้หญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐาน โดยสนับสนุน ไข่และนมจืด ตลอดการตั้งครรภ์และหลังคลอด เป็นระยะเวลา 365 วัน/คน

หลักเกณฑ์การลงทะเบียน

เปิดรับลงทะเบียน เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 ทุกวันที่ 1-10 ของทุกเดือน ในวันและเวลาราชการ (08.30-16.30 น.) ผู้สนใจสามารถสมัครด้วยตัวเอง ณ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพนา สอบถามเพิ่มเติมได้ที่ โทร. 0 4546 3032



แบบลงทะเบียนรับการสนับสนุนไข่และนมจืด ตลอดการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 180 วัน/คน
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพนา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
2. ที่อยู่ บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ
 อาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลตำบลพนา
 อาศัยอยู่จริงในเขตองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น
3. อายุครรภ์ขณะลงทะเบียน.....สัปดาห์/เดือน.....วัน
4. วันที่ฝากครรภ์ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุครรภ์ขณะฝากครรภ์.....สัปดาห์
5. การปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน
 สมัครงใจ ปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน
 ไม่สมัครงใจ ปฏิบัติตามนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ลงทะเบียน
(.....)

สำหรับเจ้าหน้าที่รับลงทะเบียน

เอกสารประกอบการลงทะเบียน

- หนังสือรับรองการตั้งครรภ์และรับรองการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จากเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานแม่และเด็ก โรงพยาบาลพนา จำนวน 1 ชุด
- หนังสือรับรองการอาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลตำบลพนา ที่รับรองโดยประธาน อสม. จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดสีชมพู) จำนวน 1 ชุด
- สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ฉบับ
- สำเนาทะเบียนบ้านของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อ.....ผู้รับลงทะเบียน
(.....)



หนังสือรับรองการตั้งครรภ์และรับรองการฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพนา ร่วมกับ โรงพยาบาลพนา

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม
(งานแม่และเด็ก) โรงพยาบาลพนา
อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงพยาบาลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ขอรับรองว่า.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ตั้งครรภ์ได้.....สัปดาห์
ฝากครรภ์ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ซึ่งฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ จริง กำหนดคลอด
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เห็นสมควรได้รับการสนับสนุนไข่และนมจืด ตลอดการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 180 วัน ตามโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 เพื่อสนับสนุนส่งเสริม
โภชนาการให้หญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ตลอดจนทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง.....

กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลพนา



หนังสือรับรองการอาศัยอยู่จริงในเขตเทศบาลตำบลพนา
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพนา ร่วมกับ โรงพยาบาลพนา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....ประธาน อสม. บ้าน.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ขอรับรองว่า.....นาง/นางสาว.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ อาศัยอยู่จริงในเขต
เทศบาลตำบลพนา โดยอาศัยอยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอพนา จังหวัด
อำนาจเจริญ

เห็นสมควรได้รับการสนับสนุนไข่และนมจืด ตลอดจนการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 180 วัน ตามโครงการ
ส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 เพื่อสนับสนุนส่งเสริม
โภชนาการให้หญิงตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ตลอดจนทารกในครรภ์มีการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐานต่อไป

ลงชื่อ.....ผู้รับรองข้อมูล

(.....)

ตำแหน่ง ประธาน อสม. หมู่ที่.....ตำบล.....



หนังสือการสนับสนุนไข่และนมจืด ตลอดการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 180 วัน/คน
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลพญา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาง/นางสาว.....บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....
อำเภอพญา จังหวัดเชียงใหม่ได้รับการสนับสนุนไข่และนมจืด ตลอดการตั้งครรภ์ เป็นระยะเวลา 180 วัน
ตามโครงการส่งเสริมสุขภาพมารดาและทารกเชิงรุก (เยี่ยมแม่ ดูแลลูก) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2569 จริง

ลงชื่อ.....ผู้รับมอบ
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ส่งมอบ
(.....)

ตำแหน่ง.....