

**แบบรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการแบ่งเขตเลือกตั้ง
สมาชิกสภาเทศบาล จังหวัดสุโขทัย**

เขียนที่.....

.....

วันที่ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๘

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่.....

ถนน/ตรอก.....ตำบล.....อำเภอ.....

จังหวัดสุโขทัย รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

๑. ความคิดเห็น

(๑) เขตเลือกตั้งสมาชิกสภาเทศบาล อำเภอ

รูปแบบที่มีความเหมาะสม คือ รูปแบบที่ ☐ ๑ / ☐ ๒ / ☐ ๓

เหตุผลประกอบการสนับสนุน

.....
.....
.....

(๒) อื่นๆ (ถ้ามี)

.....
.....

๒. ข้อเสนอแนะ (ถ้ามี)

.....
.....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความเห็น

(.....)

หมายเหตุ

๑. แบบรับฟังความคิดเห็นหรือข้อเสนอแนะ เป็นเพียงตัวอย่าง/แนวทาง ซึ่งสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความเหมาะสม

๒. กรุณาส่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปยังสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดสุโขทัย ๓๓๓ หมู่ ๗ ต.บ้านกล้วย อ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ๖๔๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๕๕๖๕ ๑๐๖๑ ต่อ ๒ โทรสาร ๐ ๕๕๖๕ ๑๐๖๑ หรือ e-mail : sukhothai@ect.go.th หรือ facebook : สำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดสุโขทัย ตั้งแต่วันที่ ๑๘ มกราคม ๒๕๖๘ ถึงวันที่ ๒๗ มกราคม ๒๕๖๘ (ไม่เว้นวันหยุดราชการ)