

แบบรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของพรรคการเมือง / ประชาชนในจังหวัดชัยนาท
ต่อการแบ่งเขตเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร จังหวัดชัยนาท

เขียนที่.....

วันที่ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/ยศ)..... ชื่อสกุล
อายุ ปี ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่ หมู่ที่ ถนน/ตรอก
ซอย/ตำบล อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

๑. ข้อมูลทั่วไป

☐ ประชาชนทั่วไป

☐ สังกัดพรรคการเมือง พรรค ตำแหน่ง

๒. รูปแบบการแบ่งเขตเลือกตั้ง ส.ส. จังหวัดชัยนาท ที่มีความเหมาะสม

☐ รูปแบบที่ ๑

☐ รูปแบบที่ ๒

☐ รูปแบบที่ ๓

๓. เหตุผลประกอบ/สนับสนุน (แสดงความคิดเห็นได้มากกว่า ๑ ข้อ)

☐ จำนวนราษฎรใกล้เคียงกัน (ผลต่างไม่เกินร้อยละ ๑๐)

☐ เคยอยู่ในเขตเลือกตั้งเดียวกัน (ประชาชนไม่สับสน)

☐ พื้นที่ติดต่อใกล้เคียงกัน

☐ การคมนาคมสะดวก

☐ มีสภาพเป็นชุมชนเดียวกัน

☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ)

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ (ถ้ามี)

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

(ลงชื่อ)..... ผู้แสดงความเห็น
(.....)

หมายเหตุ :

๑. สมาชิกหรือตัวแทนพรรคการเมือง กรุณาระบุชื่อพรรคการเมืองที่ตนสังกัดด้วย

๒. กรุณาส่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ไปยังสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดชัยนาท

ศาลากลางจังหวัด ชั้น ๔ ถนนพรหมประเสริฐ ตำบลในเมือง อำเภอเมืองชัยนาท จังหวัดชัยนาท

โทรศัพท์/โทรสาร ๐๕๖ ๔๑๔๗๒๗ ๐๕๖ ๔๑๔๘๘๑ ภายในวันที่ ๑๓ มีนาคม ๒๕๖๖