



๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ ทั่วไทย
เท็ดไท้องคราชัน



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “๓ ล้าน ๓ ปี เลิกบุหรี่ทั่วไทย เท็ดไท้องคราชัน”

ข้อมูลผู้สมัครใจเลิกสูบบุหรี่ วัน/เดือน/ปี ที่สมัครใจเลิกบุหรี่.....

นาย / นาง / นางสาวอายุ.....ปี

บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ตำบล

อำเภอจังหวัด

รพ.สต. / รพ.

อสม. ผู้รับผิดชอบ

พฤติกรรมก่อนเข้าร่วมโครงการ			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่	ประเภทยาสูบ	จำนวนวันที่สูบบุหรี่ต่อวัน	กำหนดวันที่เลิกสูบบุหรี่
<input type="checkbox"/> สูบทุกวัน	<input type="checkbox"/> บุหรี่ซอง มวน	<input type="checkbox"/> วันนี้
<input type="checkbox"/> สูบเป็นครั้งคราว	<input type="checkbox"/> ยาเส้น/มวนเอง/ใบจาก		<input type="checkbox"/> เลิกมาแล้ว วัน
	<input type="checkbox"/> อื่นๆ 1.ยานัตถ์ 2.ยาเคี้ยว 3.ซีโย 4.ไปป์		

พฤติกรรมหลังเข้าร่วมโครงการ		
หลัง 1 เดือน	หลัง 3 เดือน	หลัง 6 เดือน
<input type="checkbox"/> เลิก	<input type="checkbox"/> เลิก	<input type="checkbox"/> เลิก
<input type="checkbox"/> กลับมาสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> กลับมาสูบบุหรี่	<input type="checkbox"/> กลับมาสูบบุหรี่

ลายมือชื่อผู้สมัคร

รับรองโดยผู้รับผิดชอบ

รับรองโดยเจ้าหน้าที่

(.....) ผู้สมัคร	(.....) ตำแหน่ง.....	(.....) ตำแหน่ง.....
---------------------	-------------------------	-------------------------

ฟอร์ม 1 : กรอกใบสมัครและรวบรวมไว้ที่ รพ.สต.ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ และให้มีการติดตามอย่างต่อเนื่อง พร้อมบันทึกตามจริง