

แบบรับฟังความคิดเห็นของพรรคการเมือง/ประชาชนในจังหวัดสุพรรณบุรี

เขียนที่.....

วันที่ ..... กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....  
เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....สมาชิก/ตัวแทนพรรค.....  
อายุ.....ปี อาชีพ.....ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่.....หมู่ที่.....  
ถนน/ตรอก.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....หมายเลขโทรศัพท์.....

ข้าพเจ้ามีความเห็นดังนี้

๑. รูปแบบที่มีความเหมาะสม คือ

☐ รูปแบบที่ ๑ ☐ รูปแบบที่ ๒ ☐ รูปแบบที่ ๓ ☐ รูปแบบอื่น

๒. เหตุผลประกอบ/สนับสนุน.....

กรณีเสนอแนะรูปแบบเพิ่มเติม (ระบุรายละเอียด).....

(ลงชื่อ).....ผู้แสดงความคิดเห็น  
(.....)

- หมายเหตุ - กรณีสมาชิกหรือตัวแทนพรรคการเมือง กรุณาระบุชื่อพรรคการเมืองที่ตนสังกัดด้วย
- กรุณาส่งความคิดเห็นและข้อเสนอแนะไปยังสำนักงานคณะกรรมการการเลือกตั้งประจำจังหวัดสุพรรณบุรี เลขที่ ๗๒๓ ถนนเนรมแก้ว ตำบลท่าระหัด อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี รหัสไปรษณีย์ ๗๒๐๐๐ โทรศัพท์ ๐ ๓๕๕๒ ๕๓๑๔-๕ กด ๑ โทรสาร ๐ ๓๕๕๒ ๕๓๑๔-๕ กด ๑๑๒
  - ระยะเวลารับฟังความคิดเห็น ระหว่างวันที่ ๔-๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖