



ด่วนที่สุด

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักเลขาธิการมหาเถรสมาคม โทร. ๐ ๒๔๔๑ ๗๙๘๘

ที่ พศ. ๐๐๐๖/๕๐๓๐

วันที่ ๒๕ พฤษภาคม ๒๕๖๔

เรื่อง การจัดทำประวัติพระภิกษุอาพาธติดเตียง

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด ทุกจังหวัด

ด้วย สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มีความประสงค์จะดำเนินการสำรวจ รวบรวม และจัดทำข้อมูลประวัติพระภิกษุอาพาธติดเตียงทั่วประเทศ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาถวายความช่วยเหลือในเบื้องต้น และ/หรือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่มีศักยภาพในการดำเนินการพิจารณาถวายความช่วยเหลือตามความเหมาะสมต่อไป

เพื่อให้การดำเนินการเป็นไปด้วยความเรียบร้อย จึงขอความร่วมมือท่านสำรวจและจัดทำประวัติพระภิกษุอาพาธติดเตียงในจังหวัดของท่าน (ไม่จำกัดอายุ และพรรษา) ตามแบบฟอร์มที่ได้แนบมาพร้อมนี้ เมื่อดำเนินการเสร็จแล้วให้รายงานสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ในรูปแบบไฟล์นามสกุล Docx และ PDF ทั้ง ๒ รูปแบบ ทางอีเมล sssc.onab@gmail.com ภายในวันจันทร์ที่ ๓๑ พฤษภาคม ๒๕๖๔ โดยสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่คิวอาร์โค้ดท้ายหนังสือฉบับนี้ด้วย

อนึ่ง อาพาธติดเตียง หมายถึง พระภิกษุที่มีอาการอาพาธเรื้อรัง ไม่สามารถปฏิบัติกิจได้ตามปกติ ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรืออาจไม่ได้เลย และต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานาน ๆ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการ และหวังว่าคงได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี ขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

(นายสิปปंबर แก้วงาม)

ผู้ตรวจราชการ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ

แบบประวัติ ๑



ประวัติพระภิกษุ (อาพาธติดเตียง)



ราชทินนาม/ชื่อ - สกุล..... ฉายา.....

สังกัดวัด ..... ตำบล ..... อำเภอ.....

จังหวัด..... สังกัดคณะสงฆ์  มหานิกาย  ธรรมยุต

เกิด วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... อายุ ..... ปี

อุปสมบท วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .... พรรษา .....

อุปสมบท ณ วัด ..... อำเภอ..... จังหวัด.....

ชื่อพระอุปัชฌาย์ ..... วัด..... จังหวัด.....

ชื่อพระกรรมวาจาจารย์ ..... วัด..... จังหวัด.....

ชื่อพระอนุสาวนาจารย์ ..... วัด..... จังหวัด.....

วิทยฐานะ .....

ตำแหน่งทางการปกครอง (ถ้ามี) .....

ประวัติการศึกษาปฏิบัติธรรมโดยสังเขป.....

อาพาธด้วยโรค.....

โดยมีอาการ .....

อาพาธติดเตียงมาเป็นระยะเวลา ..... ปัจจุบันพำนักรักษาอยู่ที่ .....

มีความประสงค์ขอรับความช่วยเหลือ ดังนี้ (เช่น ปัจจัยที่จำเป็นต้องใช้รักษาพยาบาล, สถานพยาบาล, เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น เป็นต้น)

๑. ....

๒. ....

๓. ....

๔. ....

๕. ....

ผู้ดูแล/ประสานงาน ชื่อ-สกุล ..... โทร.....

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด.....

โทรศัพท์ .....

ผู้รับรองข้อมูล