



คู่มือควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัดเทศบาล
เทศบาลตำบลแม่เงิน
อำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย
โทร ๐-๕๓๑๘-๒๒๗๑ ต่อ ๑๑

งานที่ให้บริการ สนับสนุนพ่นหมอกควันป้องกันโรคไข้เลือดออก (กรณีเกิดโรค)

หน่วยงานที่รับผิดชอบ งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลแม่เงิน

ของเขตการให้บริการ

งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัดเทศบาล

เทศบาลตำบลแม่เงิน โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๕๓๑๘-๒๒๗๑ ต่อ ๑๑

Facebook : เทศบาลตำบลแม่เงิน

เว็บไซต์ : <https://www.maengoen.go.th>

ระยะเวลาเปิดให้บริการ

เวลาทำการของส่วนราชการ จันทร์ - ศุกร์

เวลา ๐๘.๓๐ - ๑๖.๓๐ น. ยกเว้น

วันหยุดนักขัตฤกษ์และวันเสาร์-อาทิตย์

หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขในการยื่นคำขอ

การจัดบริการสาธารณะเป็นภารกิจสำคัญที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องดำเนินการทั้งตามอำนาจหน้าที่และที่ได้รับการถ่ายโอนจากส่วนราชการต่างๆ ซึ่งตามพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจฯ ๒๕๔๒ และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา ๑๖(๑๙) พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘ มาตรา ๓๗ และมาตรา ๓๘

ขั้นตอนและระยะเวลาการให้บริการ

ขั้นตอน

๑. ประชาชน/หน่วยงานยื่นคำร้อง
๒. เจ้าหน้าที่ดำเนินการแจ้งผู้บังคับบัญชาทราบ (๑๐ นาที)
๓. หน่วยงานที่รับผิดชอบ ดำเนินการแก้ไขปัญหาแล้วเสร็จ ภายใน ๒๔ ชั่วโมง

ระยะเวลา

ระยะเวลาดำเนินการแล้วเสร็จ ไม่เกิน ๑ ชั่วโมง

รายการเอกสารหรือหลักฐานประกอบที่ต้องใช้

๑. แบบฟอร์มคำร้อง (สามารถรับได้ที่ งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เทศบาลตำบลแม่เงิน)
๒. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

ค่าธรรมเนียม

ไม่มีค่าธรรมเนียม

การรับเรื่องร้องเรียน

สามารถติดต่อได้ที่ งานสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สำนักปลัดเทศบาล เทศบาลตำบลแม่เงิน โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๕๓๑๘-๒๒๗๑ ต่อ ๑๑



แบบคำขอให้ผ่านหมอกควันกำจัดลูกน้ำยุงลาย

เขียนที่ สำนักงานเทศบาลตำบลแม่เงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี บัตรประจำตัวประชาชน.....
โทรศัพท์.....ประเภทสถานที่ () บ้านพักอาศัย () หน่วยงานราชการ () ศพด./
โรงเรียน () อื่นๆ ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
ชื่อสถานที่.....
พิกัด.....

เรียน นายกเทศมนตรีตำบลแม่เงิน

ด้วย.....มีความประสงค์ให้เทศบาลตำบลแม่เงิน ดำเนินการผ่าน
หมอกควันกำจัดลูกน้ำยุงลายในบริเวณ ดังกล่าวเนื่องจาก () มีลูกน้ำยุงลายจำนวนมาก/ยุงจำนวนมาก () มีผู้ป่วย
ไข้เลือดออก โดยข้าพเจ้าได้แนบเอกสารประกอบในการพิจารณา ดังนี้

๑. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้ขอ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

(ลงชื่อ)..... ผู้รับคำขอ
(.....)

ความเห็น

ความเห็น

(ลงชื่อ).....
(นายอนันต์ วุฒิ)
หัวหน้าสำนักปลัดเทศบาล

(ลงชื่อ).....
(นายชูชาติ เม้าพิมพ์)
ผู้อำนวยการกองช่าง รักษาการแทน
ปลัดเทศบาลตำบลแม่เงิน

คำสั่ง/ความเห็นนายกเทศมนตรีตำบลแม่เงิน

.....
.....

(ลงชื่อ).....
(นายสง่า สิทธิแก้ว)
นายกเทศมนตรีตำบลแม่เงิน

รูปสถานที่เริ่มต้น

