

ชื่อหน่วยงาน

ประเภทของหน่วยงาน หน่วยบริการสาธารณสุข สถานประกอบการ

มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงาน ศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center) ทั้งนี้มีข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับหน่วยงาน ดังต่อไปนี้

1. ประเภทกิจการ (เฉพาะสถานประกอบการ)
2. ที่อยู่ เลขที่ ซอย ถนน
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ จังหวัด
รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร
Website E-mail
3. จำนวนผู้ปฏิบัติงาน (โปรดระบุจำนวนลงในช่องด้านล่าง)

ชาย (คน)	หญิง (คน)	รวม (คน)

4. ชื่อผู้ประสานงาน (นาย/นาง/นางสาว)
ตำแหน่ง โทรศัพท์ที่ทำงาน
โทรศัพท์มือถือ โทรสาร
E-mail

ลงชื่อ ผู้สมัคร

()

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

หมายเหตุ : สอบถามรายละเอียดและส่งแบบแจ้งความประสงค์ร่วมดำเนินงานศูนย์สุขภาพดีวัยทำงาน (Wellness Center) ปีงบประมาณ 2563 มาที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ในพื้นที่ของท่าน