**แบบฟอร์มขอรับการประเมินรับรองคุณภาพการดำเนินงานป้องกันและลดการตาย**

**จากอุบัติเหตุทางถนนในระดับอำเภอ และระดับเทศบาลเมือง/เทศบาลนคร(เมืองใหญ่)**

**ประจำปีงบประมาณ 2563 รูปแบบออนไลน์ (ผ่านโปรแกรม Webex)**

**ชื่อทีม**

**พื้นที่ดำเนินการ** ชื่อหน่วยงาน

อำเภอ จังหวัด

**ชื่อ – นามสกุล**  **ตำแหน่ง**

**หน่วยงาน**

**โทรศัพท์ โทรสาร โทรศัพท์มือถือ**

**E-mail**

**\* เป็นหัวหน้าทีม และ/หรือ ผู้รับผิดชอบหลัก หรือ ผู้ที่สามารถติดต่อประสานงานได้ เช่น เลขา ศปถ. อำเภอ หรือ พชอ. / เลขา ศปถ.ท้องถิ่น (เทศบาลนครและเทศบาลเมือง) เป็นต้น**

**โดยมีรายละเอียดดังนี้**

**ความพร้อมในการรับประเมินรูปแบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Webex**

พร้อมรับการประเมิน

ไม่พร้อมรับการประเมิน เนื่องจาก.....................................................................................

**ลงชื่อ**   **หัวหน้าทีม**

**(** **)**

ลงวันที่ เดือน พ.ศ. .

**ลงชื่อ**

**(** **)**

ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน   
 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

**ลงชื่อ**

**(** **)**

ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

**หมายเหตุ :** ให้ส่งแบบฟอร์มการสมัครและเอกสารประกอบแสดงละเอียด   
 ตั้งแต่วันที่ 5 - 26 กุมภาพันธ์ 2564 หากมีประเด็นสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม   
 ให้ติดต่อไปยัง กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค โทร 0 2590 3889 หรือ ตาม QR Code



QR CODE กลุ่มไลน์ D-RTI