

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 พขอ. / เลขา ศปถ.ท้องถิ่น (เทศบาลนครและเทศบาลเมือง) เป็นต้น

โดยมีรายละเอียดดังนี้

ความพร้อมในการรับประเมินรูปแบบออนไลน์ ผ่านโปรแกรม Webex

☐ พร้อมรับการประเมิน

☐ ไม่พร้อมรับการประเมิน เนื่องจาก.....

ลงชื่อ หัวหน้าทีม

(.....)

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทาง

ถนน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.)

ลงชื่อ

(.....)

ผู้รับผิดชอบงานด้านการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.)

หมายเหตุ : ให้ส่งแบบฟอร์มการสมัครและเอกสารประกอบแสดงละเอียด

ตั้งแต่วันที่ 5 - 26 กุมภาพันธ์ 2564 หากมีประเด็นสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

ให้ติดต่อไปยัง กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค โทร 0 2590 3889 หรือ ตาม QR Code



QR CODE กลุ่มไลน์ D-RTI