



แบบฟอร์มขอใช้งานห้องประชุม
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

วันที่

สำหรับหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน :

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและนำไปใช้เพื่อ วัตถุประสงค์ในการประสานการดำเนินงานเกี่ยวกับการประชุมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น เท่านั้น

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ลักษณะการประชุม

ประชุม อบรม สัมมนา อื่น ๆ ระบุ.....

เรื่อง

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) เวลา เริ่มต้น น. สิ้นสุด น.

สถานที่จัดประชุม

ห้องประชุมดอกกุหลาบ ขนาดกลาง (๒๐๑) ห้องประชุมแก่นนคร ขนาดเล็ก (๒๐๕)
 ห้องประชุมเสียงแคน ขนาดใหญ่ (๒๐๓) อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้เข้าร่วมการประชุม จำนวน คน

ลงชื่อ (ผู้ขอใช้งาน)

(.....)

ส่งแบบฟอร์มที่ กลุ่มบริหารงานทั่วไปและแผนงาน ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น หรือทางอีเมล saraban-nephc@hss.mail.go.th

****กรุณาติดต่อขอใช้บริการระบบล่วงหน้า อย่างน้อย ๑ วันทำการ****

<p>ติดต่อสอบถาม : กลุ่มบริหารงานทั่วไปและแผนงาน ศูนย์ สสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โทร ๐๔๓-๒๒๔๖๐๕ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๑๖๗๙ อีเมล saraban-nephc@hss.mail.go.th</p>	<p>ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่ : เว็บไซต์ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น เมนู สำหรับเจ้าหน้าที่</p>
<p>สำหรับเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแลระบบ</p> <p>ได้รับข้อมูลเมื่อ วันที่/...../..... เวลา : น.</p> <p>จนท.ผู้รับผิดชอบ</p> <p><input type="radio"/> ลงเวลาในปฏิทินแล้ว</p> <p>(ผู้รับแจ้ง โทร. วันที่ แจ้ง</p> <p>ช่องทางการแจ้ง <input type="checkbox"/> Line <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ</p>	
<p>ลงชื่อ (ผู้รับผิดชอบ) (นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม)</p>	