



ใบสมัครชมรมสตรีไทยหัวใจสุขภาพเฉลิมพระเกียรติฯ ๘๔ พรรษา ๒๕๕๕ สำนักงานแพทย์

เขียนที่.....

วันที่..... เดือน พ.ศ.

เลขประจำตัวสมาชิก..... เลขประจำตัวประชาชน - - - -

๑. ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว)..... นามสกุล อายุปี
ตำแหน่ง สังกัด

๒. ปัจจุบันข้าพเจ้าอยู่บ้านเลขที่ ตรอก/ซอย หมู่ที่ ถนน.....
ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต.....
จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์ที่ทำงาน..... โทรศัพท์มือถือ.....
โทรสาร..... E-mail.....

๓. ประวัติสุขภาพ

โรคประจำตัว.....

รับการตรวจสุขภาพประจำปี	<input type="checkbox"/> ทุกปี	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ
รับการตรวจเต้านม	<input type="checkbox"/> ทุกปี	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ
รับการตรวจมะเร็งปากมดลูก	<input type="checkbox"/> ทุก ๑ - ๓ ปี	<input type="checkbox"/> ไม่สม่ำเสมอ	<input type="checkbox"/> ไม่เคยตรวจ

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

ผู้ประสาน นางสาวพรพิไล ตันตีสปิกร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

*** นางสาวภคพร นาเจริญ เจ้าพนักงานธุรการ

โทร. ๐๒-๒๒๐-๗๕๒๒ ต่อ ๗๕๒๒ , Fax. ๐๒-๒๒๑-๔๘๗๖, E-mail Keaw๐๑๖@gmail.com