



ใบสมัคร

เมืองสุขภาพดี (Healthy City)



ประเภทหน่วยงาน (เทศบาล นคร/เมือง/ตำบล หรือ อบต.)

ชื่อหน่วยงาน

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด

โทรศัพท์..... โทรสาร (ถ้ามี)..... อีเมล (ถ้ามี).....

ชื่อ-สกุล ผู้บริหารหน่วยงาน ตำแหน่ง

ยินดีสมัครเข้าร่วมการพัฒนาเมืองสุขภาพดี ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ มอบหมายให้

..... ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์..... มือถือ..... อีเมล

เป็นผู้รับผิดชอบและประสานงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(นายกหรือผู้ได้รับมอบหมาย)

วันที่สมัคร..... เดือน..... พ.ศ.....



สแกน QR Code เพื่อส่งใบสมัคร

หรือลิงค์ส่งใบสมัคร <https://forms.gle/L2oxaXgYtSkOGj6AA>