



เขตสุขภาพที่ 3

ใบสมัครการประกวดตั้งชื่อ เขตสุขภาพที่ 3

๑. ชื่อ-สกุล (นาย /นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
โทรศัพท์มือถือ.....Email.....
ตำแหน่งหน่วยงาน
จังหวัด

๒. หลักฐานประกอบการพิจารณา

สำเนาบัตรประชาชน

๓. ผลงานที่ส่งเข้าประกวด

ชื่อเขตสุขภาพที่ ๓ “.....”

อธิบายความหมาย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

๕. ลายมือชื่อผู้สมัคร

ข้าพเจ้า (นาย /นาง/ นางสาว)ได้อ่านและเข้าใจกติกา
การประกวดอย่างชัดเจนแล้ว และ ขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้สร้างสรรค์ผลงานที่ส่งเข้าประกวดด้วยตนเอง และจะ
เป็นผู้รับผิดชอบต่อลิขสิทธิ์ของข้อมูลต่าง ๆ หากผลงานของข้าพเจ้าเข้ารอบสุดท้าย ข้าพเจ้านุญาตให้ผลงานที่ส่ง
เข้าประกวดเป็นสมบัติของเขตสุขภาพที่ ๓ เพื่อการเผยแพร่ต่อไป

หมายเหตุ : ส่งผลงานเข้าประกวด ๒๕ กรกฎาคม – ๒๖ สิงหาคม ๒๕๖๕ เวลา ๐๘.๓๐ – ๑๖.๓๐ น.

สถานที่ส่งผลงานเข้าประกวด

1) ส่งผลงานด้วยตนเอง ณ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 3 อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์

2) ส่งผลงานทางไปรษณีย์ที่อยู่ : 782 หมู่ 10 ต.นครสวรรค์ตก อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ 60000

3) ส่งผลงานทางอีเมลล์ : ket3nsw@hotmail.com

ติดต่อสอบถาม นางสาวพรสุดา สนพะเดิม โทร 085- 2694016