



เลขที่.....

เขียนที่ โรงพยาบาลมวกเหล็ก

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประชาชน.....

เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อาชีพ.....

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....อายุ.....ปี อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ขอยื่นคำร้องขอตุ๊กต่องวงจรปิดของโรงพยาบาลมวกเหล็ก วันที่.....เวลา.....

เพื่อ.....

ข้าพเจ้าขออนุญาตให้.....เลขที่บัตรประชาชน.....

เข้าร่วมตุ๊กต่องวงจรปิดของโรงพยาบาลมวกเหล็กในครั้งนี้ด้วย

ข้าพเจ้า และผู้ร่วมตุ๊กต่องวงจรปิดของโรงพยาบาลมวกเหล็กทุกคนจะเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้เป็นความลับ ไม่เผยแพร่ให้ผู้อื่นรับทราบ

(.....) ผู้ขออนุญาตตุ๊กต่อง

() อนุญาต () ไม่อนุญาต

(.....) ผู้อนุญาตตุ๊กต่อง

(.....) ผู้เปิดตุ๊กต่อง

หมายเหตุ : ผู้อนุญาตตุ๊กต่องวงจรปิดโดยตำแหน่ง

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมวกเหล็ก

2. หัวหน้าฝ่ายบริหารงานทั่วไป

3. ประธานคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย