



ที่ อย ๐๐๓๒.๐๐๔/๓๓๔

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
ถนนอุทอง ตำบลหอรด้นไชย อย ๑๓๐๐๐

๒๖ มกราคม ๒๕๕๙

เรื่อง ขอเชิญสมัครเข้าร่วมโครงการฯ

เรียน ประธานกรรมการ/ผู้จัดการบริษัท สถานประกอบการทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้าร่วม“สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข” จำนวน ๑ ฉบับ
๒. ใบสมัครเข้าร่วม“สถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงสูง ต่อการเกิดโรคและภัย
จากการประกอบอาชีพฯ” จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ร่วมกับ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๔
สระบุรี ได้ดำเนินงานโครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้
ประชากรวัยทำงานมีสุขภาพดี ลดการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการบาดเจ็บ ส่งเสริมความปลอดภัย
ในการทำงาน รวมทั้งการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ตลอดจนมีสุขภาพจิตที่ดี

เพื่อให้ดำเนินการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ อันจะส่งผลดีต่อการดำเนินงานของบริษัทฯ
และสถานประกอบการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ จึงขอเชิญสมัครเข้าร่วมโครงการฯ และขอความร่วมมือ
ให้เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจัดทำแบบประเมินตนเอง (Self-Evaluation Sheet) ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่
เว็บไซต์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฯ เลือกกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย และส่งใบสมัคร
ได้ที่ Email jamjai.tep@gmail.com ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๕๙ รายละเอียดสอบถามได้ที่
ผู้ประสานงานโครงการฯ นายสุเทพ เทพแจ่มใจ กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย
โทร ๐ ๙๕๗๑ ๖๖๓๓ ๖

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุเทพ บุญสูตร)

นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
รักษาการในตำแหน่ง นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ
ปฏิบัติราชการแทน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมและอาชีวอนามัย

โทร ๐ ๓๕๒๔ ๑๕๒๐ ต่อ ๑๑๕

โทรสาร ๐ ๓๕๒๔ ๔๓๓๒



ใบสมัครเข้าร่วม

“สถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุข”

ภายใต้โครงการรณรงค์ความปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุข

ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2559

ชื่อสถานประกอบการ.....

ประเภทของสถานประกอบการ สถานประกอบการ วิสาหกิจชุมชน

มีความประสงค์เข้าร่วมสถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุขทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานประกอบการ ดังต่อไปนี้

1. ประเภทกิจการ.....

2. ที่อยู่เลขที่..... ซอย..... แขวง/ตำบล.....

ถนน..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เว็บไซต์..... E-mail.....

3. จำนวนพนักงาน

| ชาย | หญิง | รวม |
|-----|------|-----|
| | | |

4. มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมในการทำงานหรือสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานใดบ้างที่สถานประกอบการของท่านได้หรือเคยได้รับการรับรอง

ไม่มี โรงงานสีขาว Happy Workplace Healthy Workplace

CSR-DIW (Standard for Corporate Social Responsibility Department of Industrial Work)

ISO..... อื่นๆระบุ.....

5. ชื่อผู้ประสานงาน(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

เว็บไซต์..... E-mail.....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: สอบถามรายละเอียดและส่งใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “สถานประกอบการ ปลอดภัย ปลอดภัย กายใจเป็นสุข” มาที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ใบสมัครเข้าร่วม

สถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงสูง

ต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่สำคัญได้รับ

บริการอาชีวอนามัยครบวงจร

ภายใต้โครงการสถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ภายใจเป็นสุขปีงบประมาณ 2559

ชื่อสถานประกอบการ.....

ประเภทของสถานประกอบการ สถานประกอบการ

มีความประสงค์เข้าร่วมสถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพจากการประกอบอาชีพที่สำคัญได้รับบริการอาชีวอนามัยครบวงจรทั้งนี้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับ

สถานประกอบการ ดังต่อไปนี้

1. ประเภทกิจการ.....

สถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงต่อโรค 7 กลุ่มโรค (โปรดระบุ กลุ่มโรคเสี่ยงสูงตามประเภทความเสี่ยงของสถานประกอบการ)

โรคซิลิโคสิส โรคพิษตะกั่ว โรคปอดจากแร่ใยหิน โรคประสาทหูเสื่อม

โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ การบาดเจ็บจากการทำงาน โรคพิษสารทำลายอินทรีย์

2. ที่อยู่เลขที่..... ซอย..... แขวง/ตำบล.....

ถนน..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

เว็บไซต์..... E-mail.....

3. จำนวนพนักงาน

| ชาย | หญิง | รวม |
|-----|------|-----|
| | | |

4. มาตรฐานด้านการส่งเสริมสุขภาพ ความปลอดภัย สภาพแวดล้อมในการทำงานหรือสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงานใดบ้างที่สถานประกอบการของท่านได้หรือเคยได้รับการรับรอง

ไม่มี โรงงานสีขาว Happy Workplace Healthy Workplace

CSR-DIW (Standard for Corporate Social Responsibility Department of Industrial Work)

ISO..... อื่นๆระบุ.....

5. ชื่อผู้ประสานงาน(นาย/นาง/นางสาว)..... นามสกุล.....

ตำแหน่ง..... โทรศัพท์ที่ทำงาน.....

โทรศัพท์มือถือ..... โทรสาร.....

เว็บไซต์..... E-mail.....

ลงชื่อ..... ผู้สมัคร

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หมายเหตุ: สอบถามรายละเอียดและส่งใบสมัครเข้าร่วม "สถานประกอบการกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคและภัยสุขภาพ

จากการประกอบอาชีพที่สำคัญได้รับบริการอาชีวอนามัยครบวงจร" ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยะเวลา รับสมัคร พฤศจิกายน 2558 - กุมภาพันธ์ 2559