



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคลากร
ศูนย์กลางมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา
วันอังคารที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗ เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๑.๓๐ น.
ณ อาคาร ๘ ชั้น ๑ แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ

๑. ชื่อ-สกุล.....

๒. หน่วยงาน.....

๓. อายุ.....ปี

๔. สถานะภาพ (โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับสถานะภาพของท่าน)

- ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา
 พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

๕. หมายเลขบัตรโรงพยาบาลมหาราชา(ถ้ามี).....

หมายเหตุ

๑. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามสิทธิ์ (ตรวจเพิ่มเติมจากสิทธิ์ชำระเงินกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗)
๒. พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว ชำระค่าตรวจสุขภาพ (ชำระเงินกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในวันที่ ๑๖ ธันวาคม ๒๕๕๗)
๓. กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคลากร ศูนย์กลางมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร ๘ ชั้น ๑ หรือ E-mail : dosd_rmuti@hotmail.com
ภายในวันอังคารที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๕๗ เพื่อส่งรายชื่อให้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป
๔. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ (โทร. ๐๔๔-๒๓๓๐๐๐ ต่อ ๒๓๙๐)