



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคลากร
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา
วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๘ เวลา ๐๘.๓๐ น. - ๑๑.๐๐ น.
ณ อาคาร ๘ ชั้น ๑ แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ

๑. ชื่อ-สกุล.....

๒. หน่วยงาน.....

๓. อายุ.....ปี

๔. หมายเลขโทรศัพท์.....

๕. สถานะภาพ (โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่อง ที่ตรงกับสถานะภาพของท่าน)

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

๖. หมายเลขบัตรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ถ้ามี).....

หมายเหตุ

- ข้าราชการและลูกจ้างประจำ สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามสิทธิ (ตรวจเพิ่มเติมจากสิทธิชำระเงินกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๘)
- พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว ชำระค่าตรวจสุขภาพ (ชำระเงินกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในวันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๕๘)
- กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร ๘ ชั้น ๑ หรือ E-mail : dosd_rmuti@hotmail.com ภายในวันที่ ๘ ธันวาคม ๒๕๕๘ เพื่อส่งรายชื่อให้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป
- สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ (โทร. ๐๔๔-๒๓๓๐๐๐ ต่อ ๒๓๙๐)