

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
การชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Index partner testing)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาล..... วังเหนือ
ที่อยู่..... 361 ม. 4 ต.วังเหนือ อ.วังเหนือ จ.ลำปาง 92140
ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบงาน..... นาย สวัสดิ์ สิงห์
ตำแหน่ง..... นพ.แพทย์แผนภูมิ
โทรศัพท์..... 096-698293 โทรสาร..... 054-299100 ต่อ 103
Email address..... giranwich98@gmail.com

- ยินดีเข้าร่วมโครงการ
 ไม่พร้อมเข้าร่วมโครงการ เนื่องจาก.....
.....
.....

ลงชื่อ..... Srm
(นางสาวสกวเดือน เนตรทิพย์)
.....
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเหนือ

กรุณาส่งกลับมายัง นางสาวอรिता วงศ์สง่า ผู้ประสานงานโครงการ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๒๑๕
กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๑ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐