

ใบสมัครส่งผลงานเข้าประกวดชิงรางวัล
TDE Diabetes Patient Care Team Award ประจำปี 2560

1. ชื่อสถานพยาบาล.....
สถานที่ตั้ง ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

2. ประเภทของสถานพยาบาลที่ส่งเข้าประกวด โปรดระบุ ใส่เครื่องหมาย **V** หน้าข้อความด้านล่าง

- โรงพยาบาลศูนย์ / โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด เตียง
- โรงพยาบาลชุมชนขนาด เตียง
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล / หน่วยให้บริการปฐมภูมิ (PCU)

3. ชื่อผู้รับผิดชอบประสานงานกับสมาคมผู้ให้ความรู้โรคเบาหวานและเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในการ
ดำเนินการประกวด (ทั้งในและนอกเวลาราชการ) กรุณาเขียนตัวบรรจงให้ชัดเจน

ชื่อ.....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ติดต่อได้ทั้งในและนอกเวลาราชการ เบอร์มือถือ.....

E-mail address

4. ระบุวันและเวลาที่สถานพยาบาลของท่าน เปิดให้บริการ “คลินิกเบาหวาน” ในปัจจุบัน

- เปิดคลินิกเบาหวานทุกวัน เวลา.....
- เปิดคลินิกเบาหวานเฉพาะวันเวลา.....

5. ระบุวัน-เวลา ที่สะดวกให้คณะกรรมการเข้าตรวจเยี่ยม กรณีที่หน่วยงานของท่านได้รับการคัดเลือก

.....

.....

หมายเหตุ หมดเขตรับสมัครวันที่ 29 กันยายน 2560 (ดูจากวันประทับตราไปรษณีย์)