



..ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ..
ผู้ประกันตนตรวจสอบสุขภาพและป้องกันโรค



ชื่อโรงงาน.....

ประเภทสถานประกอบการ.....

ที่อยู่สถานประกอบการ.....

จำนวนพนักงาน.....คน

หมายเลขติดต่อ..... FAX

ชื่อผู้ประสานงาน.....เบอร์โทร.....

ส่งใบสมัครได้ที่ : กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี

โทร 077-915600 ต่อ 2223

โทรสาร 077-915642