



กรุงเทพมหานคร ● KRUNGTHEP THANAKOM

ใบสมัครเข้ารับบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

(ส่วนที่ 1 : สถานบริการสาธารณสุข)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ประเภทสถานบริการสาธารณสุข

รพ.รัฐบาล       รพ.เอกชน       ศูนย์ฯ      /คลินิก       อื่นๆ.....

2. ชื่อสถานบริการสาธารณสุข..... สาขา.....

3. สถานที่ตั้งเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต..... จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

แฟกซ์..... มือถือ..... E-mail.....

4. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้ติดต่อ.....

5. จำนวนเตียง.....เตียง

6. วันเปิดให้บริการ / จันทร์ / อังคาร / พุธ / พฤหัสบดี / ศุกร์ / เสาร์ / อาทิตย์ / ทุกวัน

เวลาทำการ.....

7. ปริมาณมูลฝอย.....  กก./วัน /กก./สัปดาห์

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ส่วนที่ 2 : เจ้าหน้าที่บริษัทฯ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. เริ่มให้บริการวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

2. ความถี่การให้บริการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

ทุกวัน       วันเว้นวัน       1 ครั้ง/สัปดาห์       อื่นๆ.....

3. วันและเวลาการให้บริการเก็บขน

3.1 วันให้บริการเก็บขน

จันทร์       อังคาร       พุธ       พฤหัสบดี       ศุกร์       เสาร์       อาทิตย์       ทุกวัน

3.2 เวลาการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อ

02.00 - 06.00 น.       08.00 - 15.00 น.       17.00 - 24.00 น.       19.00 - 24.00 น.       อื่นๆ.....

4. ผู้รับผิดชอบการเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อสายที่.....

5. จุดพักรวมมูลฝอยติดเชื้อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

## แผนที่สถานบริการสาธารณสุข

กรณาระบุนสถานที่ตั้ง/สถานที่ใกล้เคียง จุดสังเกต ระยะทางโดยประมาณ (อาจใช้ข้อความอธิบายประกอบพอสังเขป)

ติดต่อสอบถาม

คุณขวัญฤทัย 063 991 2630

ติดต่อด่วน : 082 475 2592

คุณวารุณี 083 157 5214

ติดต่อด่วน : 094 486 6130

คุณสุกัญญา 08 9135 9555

โทร. 02 726 0300

แฟกซ์. 02 726 0301

E-Mail : Environment.kt@gmail.com

- หมายเหตุ
1. กรุณากรอกรายละเอียดในส่วนที่ 1 และแผนที่ให้ชัดเจน
  2. วิธีการส่งใบสมัครกรมราชสงฆ์ทาง E-Mail เท่านั้น