

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563
วันพฤหัสบดีที่ 24 ตุลาคม 2562 เวลา 09.00 น. – 11.00 น.
ณ อาคาร 6 ชั้น 1 แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ
(อาคารตรงข้ามอาคาร 35 อาคารสำนักส่งเสริมวิชาการและงานทะเบียน)

1. ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี
2. เลขที่บัตรประชาชน.....
3. หน่วยงานที่สังกัด.....
4. หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงาน..... มือถือ.....
5. สถานะภาพ (โปรดทำเครื่องหมาย ☒ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับสถานะภาพของท่าน)
 - ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ
 - ☐ พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา สิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....
 - ☐ พนักงานราชการ สิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....
 - ☐ ลูกจ้างเงินรายได้ สิทธิประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....
 - ☐ อื่น ๆ (โปรดระบุ).....
6. หมายเลขบัตรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ถ้ามี).....

หมายเหตุ

1. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจสุขภาพประจำปีได้ตามสิทธิ
(ตรวจเพิ่มเติมจากสิทธิข้าราชการกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
วันที่ 24 ตุลาคม 2562)
2. พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานราชการ และลูกจ้างเงินรายได้ ข้าราชการตรวจสุขภาพ
(ข้าราชการกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในวันที่ 24 ตุลาคม 2562)
3. กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน
นครราชสีมา ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร 6 ชั้น 1 (ตรงข้ามอาคาร 35)
หรือ E-mail : dosd_rmuti@hotmail.com ภายในวันที่ 14 ตุลาคม 2562 เพื่อส่งรายชื่อให้แก่
โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป
4. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ
(โทร. 044-233000 ต่อ 2390, 2392)