

แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร  
มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา  
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561  
วันอังคารที่ 24 ตุลาคม 2560 เวลา 08.30 น. – 11.00 น.  
ณ อาคาร 8 ชั้น 1 แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ

---

1. ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี

2. หน่วยงานที่สังกัด.....

3. หมายเลขโทรศัพท์หน่วยงาน..... มือถือ.....

4. สถานะภาพ (โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ☐ ที่ตรงกับสถานะภาพของท่าน)

- |                                                   |                                       |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ข้าราชการ                | <input type="checkbox"/> ลูกจ้างประจำ |
| <input type="checkbox"/> พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา | สิทธิ์ประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....    |
| <input type="checkbox"/> พนักงานราชการ            | สิทธิ์ประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....    |
| <input type="checkbox"/> ลูกจ้างชั่วคราว          | สิทธิ์ประกันสังคมที่โรงพยาบาล.....    |
| <input type="checkbox"/> อื่น ๆ (โปรดระบุ).....   |                                       |

5. หมายเลขบัตรโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา (ถ้ามี).....

หมายเหตุ

1. ข้าราชการและลูกจ้างประจำ สามารถเบิกจ่ายค่าตรวจสอบสุขภาพประจำปีได้ตามสิทธิ์ (ตรวจเพิ่มเติมจากสิทธิ์ข้าราชการกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา วันที่ 24 ตุลาคม 2560 )
2. พนักงานในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว ข้าราชการตรวจสอบสุขภาพ (ข้าราชการกับเจ้าหน้าที่การเงินโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา ในวันที่ 24 ตุลาคม 2560)
3. กรุณาส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการตรวจสอบสุขภาพบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน นครราชสีมา ที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ อาคาร 8 ชั้น 1 หรือ E-mail : dosd\_rmuti@hotmail.com  
ภายในวันที่ 6 ตุลาคม 2560 เพื่อส่งรายชื่อให้แก่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา  
ดำเนินการในขั้นตอนต่อไป
4. สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่แผนกงานพยาบาลและการประกันสุขภาพ (โทร. 044-233000 ต่อ 2390)