**Logo

Description automatically generated**

**ใบสมัครผู้ตรวจติดตาม รุ่นที่ 2**

**โครงการตรวจติดตามการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน**

**ศูนย์ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศปอส.)**

**(ส่วนงานละไม่น้อยกว่า 3 คน)**

1. **ข้อมูลผู้สมัคร**
   1. ชื่อ-สกุล .....................................................................................................................................................................
   2. อายุ 🞎 น้อยกว่า 25 ปี 🞎 25 – 35 ปี 🞎 36 – 45 ปี 🞎 มากกว่า 45 ปีขึ้นไป
   3. ประวัติการศึกษา

🞎 ปริญญาเอก สาขาวิชา โปรดระบุ ........................................................................................

🞎 ปริญญาโท สาขาวิชา โปรดระบุ ........................................................................................

🞎 ปริญญาตรี สาขาวิชา โปรดระบุ ........................................................................................

🞎 อื่น ๆ โปรดระบุ ..................................................................................................................

* 1. การติดต่อ

โทรศัพท์มือถือ........................................................... โทรศัพท์ห้องทำงาน................................................

E-mail……………………………………………………………………………. Line ID ………………….............…………….

1. **ข้อมูลหน่วยงานที่สังกัดและตำแหน่งงาน**
   1. ภาควิชา/หน่วยงาน............................................................................. คณะ...................................................................
   2. ตำแหน่งงาน ...................................................................................................................................................................
   3. ระยะเวลาการปฏิบัติงานในจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (จนถึงมิถุนายนปี 2564) ....................ปี...................เดือน......................
   4. ตำแหน่งงานที่ได้รับมอบหมายด้านความปลอดภัยฯ

🞎 คณะกรรมการความปลอดภัย ระดับ.............................................

🞎 เจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในการทำงานวิชาชีพ (จป. วิชาชีพ)

🞎 อื่น ๆ โปรดระบุ...................................................................................

1. **ประสบการณ์อบรมหลักสูตรด้านความปลอดภัย (โปรดแนบหลักฐาน)**
   1. 🞎 หลักสูตรการตรวจประเมินภายใน/การประกันคุณภาพการศึกษา
   2. 🞎 หลักสูตรด้านความปลอดภัย เช่น คปอ. จป.หัวหน้างาน และ จป. บริหาร
   3. 🞎 หลักสูตรผู้ตรวจประเมินความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับสารเคมี หรือเทียบเท่า
   4. 🞎 อื่น ๆ โปรดระบุ ......................................................................................
2. **ประสบการณ์ทำงานด้านความปลอดภัย (โปรดระบุกิจกรรม/โครงการ/การมีส่วนร่วม พอสังเขป)**

**.......................................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

**.......................................................................................................................................................................................**

* 1. ท่านมีประสบการณ์การทำงานในห้องปฏิบัติการหรือไม่

🞎 ไม่มีประสบการณ์

🞎 มีประสบการณ์ โปรดระบุ (สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

🞎 ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารเคมี

🞎 ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับสารชีวภาพ

🞎 ห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับรังสี

🞎 ห้องปฏิบัติการอื่นๆ โปรดระบุ...................................................................................................................................................................

* 1. ท่านมีประสบการณ์ในการประเมินสภาพความปลอดภัยของห้องปฏิบัติการด้วยเครื่องมือ ESPReL checklists

🞎 มี 🞎 ไม่มี

**ลงชื่อ** ..................................................

**ประธาน คปอ.** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**ลงชื่อผู้สมัคร** ..................................................

**ผู้สมัคร** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**ลงชื่อ** ..........................................................................

**คณบดี/ผู้อำนวยการ** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**กรุณาส่งใบสมัครภายในวันที่ 9 กรกฎาคม 2564**

**หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม**

**โปรดติดต่อ นางสาวจุฑามาศ ทรัพย์ประดิษฐ์**

**โทร. 02-218-6173 หรือ 09-9132-6622 อีเมล shecu@chula.ac.th**