**Logo

Description automatically generated**

**ใบสมัครเข้าร่วม**

**โครงการตรวจติดตามการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประจำปี 2565**

**จัดโดย คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (คปอ. จุฬาฯ)   
และศูนย์ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศปอส.)**

1. **ชื่อส่วนงาน** : ……………………………………………………………………………………….............................……………

🞎 **ยินดีเข้าร่วม** 🞎 **ไม่ประสงค์เข้าร่วม**

1. **โปรดระบุวันสะดวกในการเข้าตรวจติดตาม**

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 1 สิงหาคม 2565  🞎 2 สิงหาคม 2565  🞎 3 สิงหาคม 2565  🞎 4 สิงหาคม 2565  🞎 5 สิงหาคม 2565 | 🞎 8 สิงหาคม 2565  🞎 9 สิงหาคม 2565  🞎 10 สิงหาคม 2565  🞎 11 สิงหาคม 2565 |

1. **โปรดระบุวิธีการเข้าร่วมตรวจติดตาม**

🞎ห้องประชุมของส่วนงาน 🞎 ผ่านโปรแกรม Zoom ออนไลน์

1. **โปรดระบุ รายชื่อผู้ประสานงานของส่วนงาน เพื่อนัดหมายและจัดเตรียมเอกสารให้กับคณะผู้ตรวจติดตาม   
   (อย่างน้อย 2 คน)**
2. ขื่อ-นามสกุล .....................................................................ตำแหน่ง .....................................................

โทรศัพท์สำนักงาน .....................................................โทรศัพท์มือถือ ...................................................

อีเมล ......................................................................................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล ......................................................................ตำแหน่ง ......................................................

โทรศัพท์สำนักงาน .....................................................โทรศัพท์มือถือ ...................................................

อีเมล ......................................................................................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล ......................................................................ตำแหน่ง ......................................................

โทรศัพท์สำนักงาน .....................................................โทรศัพท์มือถือ ...................................................

อีเมล ......................................................................................................................................................

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

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

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

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

**ผู้ให้ข้อมูล** (..............................................................)

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

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

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

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

**กรุณาส่งใบสมัครภายในวันที่ 9 กรกฎาคม 2565**

**หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม**

**โปรดติดต่อ นางสาวจุฑามาศ ทรัพย์ประดิษฐ์**

**โทรศัพท์ 0-2218-6173 หรือ 09-9132-6622 อีเมล** [**shecu@chula.ac.th**](mailto:sheCu@chula.ac.th)