

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๒๓๐/๖๕๕๐



สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕
อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี ๗๐๐๐๐

Mo มีนาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอรายชื่อผู้ประสานการสร้างช่องทางการสื่อสารใหม่ “GCC Line Direct”

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
ทุกแห่งในเขตสุขภาพที่ ๕

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. QR Code กลุ่มไลน์ GCC เขตสุขภาพที่ ๕ จำนวน ๑ ฉบับ
๒. แบบฟอร์มการส่งรายชื่อฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามข้อสั่งการของนายกรัฐมนตรี ที่ให้ความสำคัญกับการสร้างช่องทางการสื่อสาร ในการ
เผยแพร่งานของรัฐบาลให้กับกลุ่มข้าราชการและเจ้าหน้าที่ของรัฐทุกระดับ เพื่อสร้างช่องทางการรับรู้
และแก้ไขความเข้าใจผิดเกี่ยวกับข่าวลือต่าง ๆ

ในการนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ จึงขอให้ท่านมอบหมายผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

- | | |
|---|----------------|
| ๑. ผู้แทนระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด | จังหวัดละ ๑ คน |
| ๒. ผู้แทนระดับโรงพยาบาลศูนย์ | แห่งละ ๑ คน |
| ๓. ผู้แทนระดับโรงพยาบาลทั่วไป | แห่งละ ๑ คน |
| ๔. ผู้แทนระดับโรงพยาบาลชุมชน | แห่งละ ๑ คน |
| ๕. ผู้แทนระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ | อำเภอละ ๑ คน |
| ๖. ผู้แทนระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล | อำเภอละ ๑ คน |
| ๗. ผู้แทนระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน | อำเภอละ ๑ คน |

เข้าร่วมกลุ่มไลน์ GCC เขตสุขภาพที่ ๕ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และส่งรายชื่อผู้เข้าร่วมกลุ่มไลน์ของผู้แทน
หน่วยงานทุกระดับตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๒ กลับไปที่สำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕ ภายในวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๑

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และแจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายรินทร์รัชต์ พิษณุคามินทร์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ ๕

กลุ่มอำนวยการ

โทร. ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๔

โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕

ผู้ประสานงาน : นางสาวพรลภัส ประยูรหงษ์ ๐๘ ๓๕๕๗ ๘๑๑๖



(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑)

QR Code กลุ่มไลน์ เขตสุขภาพที่ ๕





(สิ่งที่ส่งมาด้วย ๒)

แบบฟอร์มการส่งรายชื่อ
ผู้ประสานการสร้างช่องทางสื่อสารใหม่ “GCC Line Direct”

ผู้แทนระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

๑. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับโรงพยาบาลศูนย์

๒. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับโรงพยาบาลทั่วไป

๓. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับโรงพยาบาลชุมชน

๔. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ

๕. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๖. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ผู้แทนระดับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

๗. ชื่อ-สกุลตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....ID Line :

ลงชื่อ ผู้แจ้งข้อมูล(เขียนตัวบรรจง)

โทรศัพท์.....วันที่.....

ส่งกลับไปที่โทรสาร ๐ ๓๒๓๒ ๓๐๑๕ ภายในวันที่ ๓ เมษายน ๒๕๖๑