

ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
การชวนคู่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Index partner testing)

หน่วยงาน.....โรงพยาบาล.....

ที่อยู่.....

.....

ชื่อ-สกุล ผู้รับผิดชอบงาน.....

ตำแหน่ง.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

Email address.....

ยินดีเข้าร่วมโครงการ

ไม่พร้อมเข้าร่วมโครงการ เนื่องจาก.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.....

กรุณาส่งกลับมายัง นางสาวอริศา วงศ์สง่า ผู้ประสานงานโครงการ โทรศัพท์ ๐ ๒๕๙๐ ๓๒๑๕
กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ๘๘/๒๑ ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมืองนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐