



แบบฟอร์มขอใช้งานระบบประชุมออนไลน์ Zoom Meeting
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

วันที่

สำหรับหน่วยงาน/ผู้ประสานงาน :

ชื่อ - นามสกุล (นาย/นาง/นางสาว) (ตัวบรรจง)

ตำแหน่ง สังกัดหน่วยงาน

เบอร์โทรศัพท์ อีเมล

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น จะจัดเก็บข้อมูลส่วนบุคคลของท่านและนำไปใช้เพื่อ วัตถุประสงค์ในการประสานการดำเนินงานเกี่ยวกับระบบประชุมออนไลน์ Zoom Meeting ของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น เท่านั้น

☐ ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น

ลักษณะการประชุม

☐ ประชุม ☐ อบรม ☐ สัมมนา ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

เรื่อง

วันที่ (วัน/เดือน/ปี) เวลา เริ่มต้น น. สิ้นสุด น.

สถานที่จัดประชุม

☐ ห้องประชุมดอกคูณ (๒๐๑) ☐ ห้องประชุมแก่นนคร (๒๐๕)
☐ ห้องประชุมเสียงแคน (๒๐๓) ☐ อื่น ๆ ระบุ.....

ผู้เข้าร่วมการประชุมผ่าน ระบบ Zoom Meeting จำนวน คน

ลงชื่อ (ผู้ขอใช้งาน)

(.....)

ส่งแบบฟอร์มที่ กลุ่มบริหารงานทั่วไปและแผนงาน ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
หรือทางอีเมล saraban-nephc@hss.mail.go.th

****กรุณาดำเนินการขอใช้บริการระบบล่วงหน้า อย่างน้อย ๑ วันทำการ****

ติดต่อสอบถาม : กลุ่มบริหารงานทั่วไปและแผนงาน ศูนย์ สสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โทร ๐๔๓-๒๒๔๖๐๕ โทรสาร ๐๔๓-๒๒๑๖๗๙ อีเมล saraban-nephc@hss.mail.go.th	ดาวน์โหลดแบบฟอร์ม ได้ที่ : เว็บไซต์ ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุข มูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น เมนู สำหรับ เจ้าหน้าที่
สำหรับเจ้าหน้าที่/ผู้ดูแลระบบ ได้รับข้อมูลเมื่อ วันที่/...../..... เวลา : น. จนท.ผู้รับผิดชอบ	
☐ ลงเวลาในปฏิทินแล้ว ☐ สร้างห้องประชุม ในระบบ Zoom Meeting แล้ว (Account :) ☐ แจ้ง Invitation code แล้ว (ผู้รับแจ้ง โทร. วันที่ แจ้ง ช่องทางการแจ้ง ☐ Line ☐ E-mail ☐ อื่นๆ ระบุ	
ลงชื่อ (ผู้รับผิดชอบ) (.....)	