ที่ อบ.๐๑๓๓/ ๓๑๐ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ถนนศรีณรงค์ ตำบลในเมือง ๓๔๐๐๐

๑๓ มกราคม ๒๕๖๖

เรื่อง ความร่วมมือสำรวจข้อมูลคนพิการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความต้องการกายอุปกรณ์ ประจำปี ๒๕๖๖
จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอความร่วมมือสำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความต้องการกายอุปกรณ์ ประจำปี ๒๕๖๖ เพื่อพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของหน่วยงานให้สามารถจัดบริการและอุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการ โดยตอบสนองต่อความจำเป็นของคนพิการได้อย่างถั่วถึงและครอบคลุม

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงขอให้ผู้รับผิดชอบงานคนพิการในหน่วยงานของท่านสำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความต้องการกายอุปกรณ์ฯ และส่งแบบสำรวจไปยังกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด ภายในวันที่ ๓๑ มกราคม ๒๕๖๖ รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบและดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายอุทัย นิปัจการสุนทร)
สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

งานการแพทย์สุขภาพจิตและยาเสพติด
โทร.๐-๔๕๒๔-๒๗๘๑ / โทรสาร ๐-๔๕๒๔-๔๘๓๐
ผู้ประสานงาน นางสาววรรณวิสา คลังเจริญ ๐๘-๕๕๖๘-๐๕๐๗

โปรดส่งแบบตอบรับไปยังกลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี โทรศัพท์ 0 4526 2692 ต่อ 301
โทรสาร 0 4524 4801, 0 4524 2225
1. Line กลุ่มเครือข่ายนักกายภาพ งานฟื้นฟูอุบล 65

2. Line กลุ่มงานสาธารณสุขเพื่อคนพิการ

ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่ 31 มกราคม 2566

ผู้ประสานงาน
1. นางสาวศรีสุคนธ์ หลักดี โทรศัพท์ 081 790 2731
2. นางตวงพร มุกดากุล โทรศัพท์ 098 125 4035

แบบสำรวจข้อมูลคนพิการที่มีความต้องการกายอุปกรณ์ ประจำปี ๒๕๖๖

อำเภอ.....

ลำดับ	รพ.สต.	ชื่อ - สกุล	อายุ	เลขประจำตัวประชาชน	ที่อยู่	อำเภอ	สิทธิการรักษา	ประเภทความพิการ	อุปกรณ์เครื่องช่วยความพิการที่ต้องการ	ชื่อผู้ประสานงาน	หมายเหตุ
๑	๑.PCU /CMU	๑									
		๒									
		๓									
		๔									
๒	๒. รพ.สต.....	๑									
		๒									
		๓									
		๔									
๓	๓. รพ.สต.....	๑									
		๒									
		๓									
		๔									

ชื่อ - สกุล.....ผู้รายงาน

ตำแหน่ง .....

เบอร์โทร.....

วันที่ .....เดือน ..... พ.ศ. ๒๕๖๖