

ที่ อบ ๐๑๓๒/ว.๒๖๑



สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี
ถนนศรีณรงค์ อ.เมือง อบ. ๓๔๐๐๐

๒๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง ขอให้นำเครื่องมือทางการแพทย์รับการสอบเทียบเครื่องมือประจำปี

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง
สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสำรวจเครื่องมือทางการแพทย์

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย ฝ่ายพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ร่วมกับศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี กำหนดแผนให้บริการสอบเทียบเครื่องมือทางการแพทย์ให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี ในวันที่ ๒,๓,๔,๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี จึงขอให้ท่านแจ้งผู้รับผิดชอบในหน่วยงานของท่านดำเนินการสำรวจเครื่องมือที่สอบเทียบตามแบบฟอร์มที่แนบมาพร้อมหนังสือนี้ ส่งเป็นไฟล์ให้ คุณสุคนธา ไพเราะทางไลน์ส่วนตัว หรือไลน์กลุ่มสสอ.เมืองอุบลราชธานี ภายในวันที่ ๒๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ และ นำเครื่องมือทางการแพทย์ไปรับการสอบเทียบในระหว่างวันที่ ๒,๓,๔,๕ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแก ตำบลแจระแม อำเภอเมืองอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายทองศักดิ์ หลักเขต)

สาธารณสุขอำเภอเมืองอุบลราชธานี

งานพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ

โทร ๐๔๕-๒๔๔-๗๘๑ โทรสาร ๐๔๕-๒๔๔-๘๓๐

ผู้ประสาน : นางสุคนธา ไพเราะ มือถือ ๐๙๗-๓๔๑-๙๖๕๒

แบบสำรวจครุภัณฑ์ทางการเพื่อสอบเทียบ ปีงบประมาณ2563
 รพ.สต.....ตำบล..... อ.เมือง จ.อุบลราชธานี

ลำดับ	รายการ	ยี่ห้อ เครื่องมือ	จำนวน
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			

ลงชื่อ.....
 พยานาภิวิชาชีพชำนาญการ