



กรุงเทพมหานคร ● KRUNGTHEP THANAKOM

แบบขอยกเลิกการรับบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ

เลขที่

(ส่วนที่ 1 : สถานบริการสาธารณสุข)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ประเภทสถานบริการสาธารณสุข

รพ.รัฐบาล รพ.เอกชน ศูนย์ฯ /คลินิก อื่นๆ.....

2. ชื่อสถานบริการสาธารณสุข..... สาขา.....

3. สถานที่ตั้งเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ถนน..... แขวง.....

เขต.....จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

แฟกซ์..... มือถือ..... E-mail.....

4. ชื่อผู้ประสานงาน/ผู้ติดต่อ.....

5. ประสงค์ขอยกเลิกการรับบริการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ส่วนที่ 2 : เจ้าหน้าที่บริษัทฯ)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

1. ผู้รับผิดชอบเก็บขนมูลฝอยติดเชื้อสายที่

2. เริ่มให้บริการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

สิ้นสุดให้บริการ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

3. การประเมินผล

.....

.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่บริษัทฯ