



ประกาศคณะกรรมการสรรหา คัดเลือก พิจารณา ผู้ประกอบการ
เรื่อง สรรหาและคัดเลือกสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพ
ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

ด้วย มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร มีการเปิดรับสมัครนักศึกษาใหม่เพื่อเข้ามาศึกษาต่อมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร โดยองค์การบริหารนักศึกษา กองพัฒนานักศึกษา จึงได้กำหนดให้มีการจัดตรวจสอบสุขภาพนักศึกษาใหม่ซึ่งจัดขึ้นเป็นประจำทุกปีเพื่อหาสารเสพติดและความเสี่ยงในการเป็นโรคติดต่อและเป็นการตรวจสอบสุขภาพร่างกายให้กับนักศึกษา

เพื่อให้การดำเนินงานการสรรหาและคัดเลือกสถานพยาบาลเพื่อตรวจสอบสุขภาพนักศึกษาใหม่ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเป็นการเปิดโอกาสให้กับทางสถานพยาบาลต่างๆ ได้เข้ามานำเสนอเพื่อให้คณะกรรมการได้พิจารณาสถานพยาบาลที่ดีและมีคุณภาพ อาศัยอำนาจตามความในมาตรา๓๑แห่งพระราชบัญญัติมหาวิทยาลัยราชภัฏ พ.ศ. ๒๕๔๗ จึงประกาศสรรหาและคัดเลือกสถานพยาบาลตรวจสอบสุขภาพ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒ ดังต่อไปนี้

๑. เปิดรับสมัครสถานพยาบาลเพื่อมานำเสนอให้กับคณะกรรมการพิจารณาตั้งแต่วันที่ ๑๓ - ๑๙ พฤษภาคม ๒๕๖๒ สามารถดาวน์โหลดใบสมัครได้ที่ <http://std.kpru.ac.th/th/> (เว็บไซต์กองพัฒนานักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร) หรือสามารถรับใบสมัครและส่งใบสมัครด้วยตนเองหรือเดินทางมาสมัครเองได้ที่สำนักงานองค์การบริหารนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร หรือหากมีความจำเป็นต้องส่งใบสมัครทางช่องทางอื่นให้ติดต่อประสานงานโดยตรงในเวลาราชการติดต่อประสานงานตรง คุณกิตติศักดิ์ นิมลพ โทร ๐๘๘-๘๑๒-๓๔๑๙

๒. นำเสนอผลิตภัณฑ์และราคาต่อคณะกรรมการพิจารณาในวันที่ ๒๑ พฤษภาคม ๒๕๖๒ เวลา ๑๓.๐๐ - ๑๖.๐๐ น. (ลำดับในการเข้านำเสนอใช้วิธีเรียงตามลำดับการลงทะเบียนในวันทีมนำเสนอ) ณ ห้องประชุมชั้น ๑ อาคารกิจกรรมนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร (SAC)

ประกาศ ณ วันที่ ๗ พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๒

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชัชชัย พวกดี)

รองอธิการบดีฝ่ายศิลปวัฒนธรรมและกิจการนักศึกษา



ใบสมัครผู้ประกอบการ ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๒

มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

- ผู้ประกอบการร้านตัดเสื้อ Freshy
- ผู้ประกอบการสถานพยาบาลตรวจสุขภาพ
- ผู้ประกอบการร้านอาหาร

ข้อมูลผู้สมัคร (เจ้าของ /ตัวแทนผู้ประกอบการ)

ชื่อ - นามสกุล.....

ที่อยู่ตามทะเบียนบ้าน เลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เบอร์โทรศัพท์/เบอร์มือถือ.....

ข้อมูล (ร้าน/บริษัท)

ชื่อร้าน.....

ที่อยู่ร้านเลขที่..... หมู่..... ซอย..... ถนน.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

เลขผู้เสียภาษีร้านค้า.....

(หากไม่มีเลขผู้เสียภาษีร้านค้าให้ใช้หมายเลข๑๓หลักบัตรประจำตัวประชาชนแทน)

- ***หมายเหตุ*** - แนบสำเนาบัตรประชาชนผู้สมัคร พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง
- ในการเข้านำเสนอใช้วิธีเรียงตามลำดับจากการลงทะเบียนในวันมานำเสนอ

ผู้เขียนใบสมัคร/ผู้ส่ง

ผู้รับเอกสารการสมัคร

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....