



มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
 เลขที่..... 125  
 วันที่..... 15 มี.ค. 2562  
 เวลา..... 16:30

ที่ กพ ๐๐๓๒ / ว ๖๐๗๗

ศาลากลางจังหวัดกำแพงเพชร  
 ถนนกำแพงเพชร - สุโขทัย  
 อำเภอเมืองกำแพงเพชร กพ ๖๐๐๐

๒๕ ธันวาคม ๒๕๖๑

วิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร  
 รับที่..... 0190  
 วันที่..... 21 มี.ค. 2562  
 เวลา..... 10:23 น

เรื่อง ขอประชาสัมพันธ์เพื่อสมัครโครงการองค์กรห่วงใย ใส่ใจเอดส์ในที่ทำงาน

เรียน สวัสดิการคุ้มครองแรงงานจังหวัดกำแพงเพชร ,ผู้จัดการโรงงานเปียร์ไทย๑๙๙๑ จำกัด(มหาชน) ,  
 ผู้จัดการโรงงานน้ำตาลทิพย์กำแพงเพชร, ผอ.โรงพยาบาลทุกแห่ง ,นายอำเภอทุกอำเภอ, อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ใบสมัครเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ ฉบับ
- ๒. แนวทางปฏิบัติแห่งชาติ ฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่กรมควบคุมโรค ได้จัดทำโครงการองค์กรห่วงใยใส่ใจเอดส์ในสถานที่ทำงาน เพื่อส่งเสริมให้หน่วยงานต่างๆ ดำเนินงานตามแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้ออกประกาศแนวทางให้หน่วยงานภาครัฐ เอกชนและภาคธุรกิจ ร่วมดำเนินการป้องกันไม่ให้บุคลากรติดเชื้อเอชไอวี มีนโยบายไม่เลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน โดยใช้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี และเพศภาวะเป็นเงื่อนไข ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ มีนโยบายขยายการดำเนินงานในสถานประกอบการ นั้น

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร ขอความร่วมมือหน่วยงานของท่านประชาสัมพันธ์โครงการองค์กร “ห่วงใย ใส่ใจเอดส์ ในที่ทำงาน” แจงรายชื่อสถานประกอบการที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการฯปี ๒๕๖๒ กลับมายังกลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ ทาง e-mail : aidskpp@hotmail.com รายละเอียดแนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

คำสั่ง

ขอแสดงความนับถือ

*(Signature)*

*(Signature)*

เรียน อธิการบดี (ผ่านรองอธิการบดีฝ่าย.....)

- เพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดพิจารณา
- ควรมอบงานทะเบียน

(นางสนธิ์ ศัลยพงษ์)

นักวิชาการสาธารณสุข (ชำนาญการพิเศษ) วิทยาราช.  
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ฯ ปฏิบัติราชการแทน  
 ผู้ว่าราชการจังหวัดกำแพงเพชร

*(Handwritten signature)*

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร  
 กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ  
 โทรศัพท์ ๐ ๕๕๓๐ ๕๑๘๘ - ๙ ต่อ ๑๓๑๑  
 โทรสาร ๐ ๕๕๓๐ ๕๒๐๐

*(Handwritten signature)*

สแกนส่งแล้ว

วันที่... 19 มี.ค. 2562

*(Handwritten signatures and dates)*  
 ๒๐๒ คณะฯ...  
 ๑๙ มี.ค. ๖๒  
 25 มี.ค. 62

**ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ**  
**องค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน” ปี ๒๕๖๒**  
**ประเภทองค์กร**

ข้าพเจ้า.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....ชื่อองค์กร.....  
มีความประสงค์สมัครเข้าร่วมโครงการ องค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน” โดยมีข้อมูลพื้นฐาน  
ขององค์กรดังนี้

**๑. ประเภทขององค์กร**

- องค์กรภาครัฐด้านสาธารณสุข  
 องค์กรภาครัฐด้านการศึกษา  
 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น  
 องค์กรภาครัฐอื่นๆ ระบุ.....  
 องค์กรภาคธุรกิจเอกชน รัฐวิสาหกิจ

**๒. ที่อยู่:**

เลขที่.....หมู่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....  
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....  
โทรศัพท์.....โทรสาร.....อีเมล.....

๓. จำนวนคนทำงานทั้งหมดในองค์กร.....คน

๔. ประสบการณ์เข้าร่วมโครงการองค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน”

- ไม่เคย       เคย

๕. ชื่อผู้ประสานงานขององค์กร จำนวน ๒ ท่าน

๑. นาย/นาง/สาว.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย/งาน.....  
โทรศัพท์(สำนักงาน).....โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรสาร.....อีเมล.....  
๒. นาย/นาง/สาว.....นามสกุล.....  
ตำแหน่ง.....แผนก/ฝ่าย/งาน.....  
โทรศัพท์(สำนักงาน).....โทรศัพท์มือถือ.....  
โทรสาร.....อีเมล.....

ลงชื่อ.....  
(.....)  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....