

**ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการสื่อสาร**

งานข้อมูลข่าวสาร และเทคโนโลยีสารสนเทศ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

โทรศัพท์ : 036 - ๖๘๙๖๘๙ ต่อ ๒๒๐

**แบบฟอร์มการขอใช้ระบบ Web Conference (Zoom)**

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

หน่วยงานผู้จัด : ...................................................................................................................................................

วันที่ : ...................................................................................................................................................................

ช่วงเวลา : ...................................................................ถึง

เรื่อง : ...................................................................................................................................................

สถานที่ประชุม : ..................................................................................................................................................

เบอร์โทรผู้ประสาน : ............................................................................................................................................

รายละเอียด : .......................................................................................................................................................

ส่งเอกสารสำหรับใช้ประชุมได้ที่ : itlbmoph@gmail.com

**สำหรับผู้รับบริการ สำหรับผู้ปฏิบัติงาน**ลงชื่อ........................................................ ลงชื่อ........................................................
 (.................................................) (.................................................)
 ......./......./............../......./.......