**แบบฟอร์มการขอใช้บริการถ่ายภาพและประชาสัมพันธ์   
งานข้อมูลสารสนเทศและสื่อสารความเสี่ยง กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข   
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี** วันที่...............................เวลา...........................

ข้าพเจ้า.................................................................................ตำแหน่ง................................................................................  
กลุ่มงาน............................................................................................โทรศัพท์มือถือ..........................................................  
จัดกิจกรรม/โครงการ........................................................................................................................................................ในวันที่.........................เวลา.................น. ถึง .................น. ณ..........................................................................................

มีความประสงค์จะขอความอนุเคราะห์ดังนี้  
🞎 ถ่ายภาพกิจกรรม/โครงการ 🞎 ถ่ายภาพอุปกรณ์ต่างๆ 🞎 ถ่ายภาพบุคคล 🞎 ถ่ายภาพสถานที่ 🞎 ถ่ายวีดีโอและตัดต่อ 🞎 บันทึกเสียง 🞎 อื่นๆ........................................................................................................  
หลังจากดำเนินการเสร็จสิ้น ขอให้จัดทำ 🞎 จดหมายข่าว 🞎 infographic 🞎 อื่นๆ...................................................  
และประชาสัมพันธ์กิจกรรม/ส่งผลการดำเนินงานผ่าน 🞎 website สสจ.ลพบุรี 🞎 facebook 🞎 ส่ง e-mail………………………………………… 🞎 line……………………………… 🞎 อื่นๆ...............................................  
ขอให้ผู้เกี่ยวข้อง แนบโครงการ/คำกล่าวเปิด/กำหนดการจัดกิจกรรม/ข้อมูลที่ต้องการประชาสัมพันธ์ มาด้วย โดย  
 🞎 แนบเป็นเอกสารมาพร้อมแบบฟอร์มนี้ 🞎 แนบไฟล์มาที่ [riskcom.lbmoph@gmail.com](mailto:riskcom.lbmoph@gmail.com)   
โดยมียานพาหนะ 🞎 รถของสสจ. 🞎 รถส่วนตัวเจ้าของกิจกรรม/โครงการ ออกจากสสจ.เวลา................................น.

**สำหรับผู้รับบริการ สำหรับเจ้าหน้าที่**ลงชื่อ.............................................ผู้ขอใช้บริการ มอบ................................................................  
 (.................................................) ลงชื่อ........................................................  
 ......./......./.......( )  
**ผู้ปฏิบัติงาน** ......./......./.......  
🞎 ทราบ/ปฏิบัติ 🞎 ดำเนินการ 🞎 เห็นควร...............................  
ลงชื่อ.................................................ผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ........................................................  
 (.................................................) (นายสุพจน์ แก้วจรัสฉายแสง)  
 ......./......./....... หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข  
ปัญหา/อุปสรรค..........................................................