**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
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..........................................................