**ใบสมัครขอรับการตรวจติดตาม**

**โครงการตรวจติดตามการบริหารงานด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ประจำปี 2568**

**จัดโดย คณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน จุฬาฯ (คปอ. จุฬาฯ)
และศูนย์ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (ศปอส.)**

1. **ชื่อส่วนงาน** : ..........................................................🞎 ตรวจติดตามครั้งแรก 🞎 ตรวจติดตามครั้งล่าสุดเมื่อปี...............
2. **โปรดระบุวันสะดวกในการเข้าตรวจติดตาม** (ใช้เวลาตรวจติดตาม 3 ชั่วโมง)

|  |  |
| --- | --- |
| 🞎 21 กรกฎาคม 2568 ระบุเวลา..................................🞎 22 กรกฎาคม 2568 ระบุเวลา..................................🞎 23 กรกฎาคม 2567 ระบุเวลา..................................🞎 29 กรกฎาคม 2568 ระบุเวลา..................................🞎 30 กรกฎาคม 2568 ระบุเวลา..................................🞎 31 กรกฎาคม 2568 ระบุเวลา.................................. | 🞎 1 สิงหาคม 2568 ระบุเวลา.....................................🞎 4 สิงหาคม 2568 ระบุเวลา.....................................🞎 5 สิงหาคม 2567 ระบุเวลา.....................................🞎 6 สิงหาคม 2568 ระบุเวลา.....................................🞎 7 สิงหาคม 2568 ระบุเวลา.....................................🞎 8 สิงหาคม 2568 ระบุเวลา..................................... |

1. **โปรดระบุห้องประชุมของส่วนงานที่ใช้ประชุมตรวจติดตาม**

.............................................................................................................................................................................................

.............................................................................................................................................................................................

1. **โปรดระบุ รายชื่อผู้ประสานงานของส่วนงาน เพื่อนัดหมายและจัดเตรียมเอกสารให้กับคณะผู้ตรวจติดตาม
(อย่างน้อย 2 คน)**
2. ชื่อ-นามสกุล ..........................................................................ตำแหน่ง .......................................................................

โทรศัพท์สำนักงาน ........................................................โทรศัพท์มือถือ ......................................................................

อีเมล ............................................................................................................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล ..........................................................................ตำแหน่ง .......................................................................

โทรศัพท์สำนักงาน ........................................................โทรศัพท์มือถือ ......................................................................

อีเมล ............................................................................................................................................................................

1. ชื่อ-นามสกุล ..........................................................................ตำแหน่ง .......................................................................

โทรศัพท์สำนักงาน ........................................................โทรศัพท์มือถือ ......................................................................

อีเมล ............................................................................................................................................................................

**ลงชื่อ**..................................................

**ผู้ให้ข้อมูล** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**ลงชื่อ** .......................................................

**ประธาน คปอ.** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**ลงชื่อ** ..........................................................................

**คณบดี/ผู้อำนวยการ** (..............................................................)

**วันที่** .............................................

**กรุณานำส่งใบสมัครขอรับการตรวจติดตามฯ ภายในวันที่ 13 มิถุนายน 2568**

**หากมีความประสงค์สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม กรุณาติดต่อ นางสาวจุฑามาศ ทรัพย์ประดิษฐ์**

**โทรศัพท์ 0-2218-6173 หรือ 09-9132-6622 อีเมล** **shecu@chula.ac.th**