



โครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ 2563

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและส่งใบสมัครที่คณะกรรมการความปลอดภัยฯ ของคณะ (คปอ.ส่วนงาน) สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวธมลวรรณ หิรัญสถิตย์พร โทร. 02-2185227 หรือ 099-132-6622 ในวันและเวลาราชการ

ชื่อสถานที่ทำงาน : \_\_\_\_\_

เลขห้อง \_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ อาคาร \_\_\_\_\_

ภาควิชา : \_\_\_\_\_

คณะ/ สถาบัน/ ศูนย์ : \_\_\_\_\_

สถานที่ทำงานเคยเข้าร่วมโครงการหรือไม่ :  เคย  ปี 2561  ปี 2562  ไม่เคย

ประเภทห้อง :  สำนักงาน  ห้องปฏิบัติการ  อื่น ๆ โปรดระบุ \_\_\_\_\_  
 เคมี  ชีวภาพ  รังสี  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

จำนวนคนที่เข้าใช้งานสูงสุด : \_\_\_\_\_ คน/วัน

สถานที่ทำงานเคยมีอุบัติเหตุเกิดขึ้นหรือไม่ :  ไม่มี  มี จำนวน \_\_\_\_\_ ครั้ง

อุบัติเหตุที่เคยเกิดขึ้น :  อัคคีภัย  ทกรั่วไหล  ไฟฟ้าลัดวงจร

(เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)  อุบัติเหตุต่อบุคคล  อื่นๆ ระบุ \_\_\_\_\_

หัวหน้าสถานที่ทำงาน : ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

มือถือ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

ผู้ประสานงาน : ชื่อ-นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

มือถือ \_\_\_\_\_ อีเมล \_\_\_\_\_

มีความประสงค์ที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงาน ประจำปีงบประมาณ 2563 ของศูนย์ความปลอดภัย อาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอแจ้งรายชื่อผู้เข้าร่วมประชุมชี้แจงการดำเนินโครงการฯ ในวันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 11.00 น. ณ ห้อง 201 อาคารมหาจุฬาลงกรณ์ จำนวนไม่เกิน 2 ท่าน ดังนี้

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

และขอแจ้งผู้เข้าร่วมการอบรมการชี้บ่งอันตรายและประเมินความเสี่ยง ในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ. 2563 เวลา 09.00 – 16.00 น. ดังนี้

1. ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

2. ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ โทร \_\_\_\_\_

ลงนาม \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

หัวหน้าห้องสำนักงาน/ห้องปฏิบัติการ

โครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงาน สำหรับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีงบประมาณ 2563

คำชี้แจง : กรุณากรอกข้อมูลให้ครบถ้วนและ ส่งใบสมัครสถานี่ทำงานที่สนใจเข้าร่วมโครงการของส่วนงานได้ที่  
 อีเมล [Tamonwan.H@chula.ac.th](mailto:Tamonwan.H@chula.ac.th) สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ นางสาวมลวรรณ หิรัญสถิตย์พร โทร. 02-2185227 หรือ 099-  
 132-6622 ในวันและเวลาราชการ

ชื่อส่วนงาน .....

รายชื่อสถานที่ทำงานของส่วนงานที่เข้าร่วมโครงการยกระดับความปลอดภัยในการทำงานฯ จำนวน ไม่เกิน 4 ห้อง ดังนี้

1. ชื่อสำนักงาน / ห้องปฏิบัติการ .....  เคยเข้าร่วมโครงการฯ  
 ปี 2561  ปี 2562  
 ไม่เคยเข้าร่วมโครงการฯ
2. ชื่อสำนักงาน / ห้องปฏิบัติการ .....  เคยเข้าร่วมโครงการฯ  
 ปี 2561  ปี 2562  
 ไม่เคยเข้าร่วมโครงการฯ
3. ชื่อสำนักงาน / ห้องปฏิบัติการ .....  เคยเข้าร่วมโครงการฯ  
 ปี 2561  ปี 2562  
 ไม่เคยเข้าร่วมโครงการฯ
4. ชื่อสำนักงาน / ห้องปฏิบัติการ .....  เคยเข้าร่วมโครงการฯ  
 ปี 2561  ปี 2562  
 ไม่เคยเข้าร่วมโครงการฯ

ลงนาม \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

ประธานคณะกรรมการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และ  
 สภาพแวดล้อมในการทำงาน ประจำปีส่วนงาน

คณะ/หน่วยงาน \_\_\_\_\_