

กลุ่มงานวิชาการ

สารบรรณ ปชต. ยาคาร

บริหาร สนง. ประชาชน เลือกตั้ง

ช่วยอำนวยความสะดวก สวัสดิการ

ตรวจ

วันที่ 30 พ.ค. 2567



สพป.นบ.2

เลขทะเบียนรับ 5545 เวลา

อก. นผ. DLICT บส. พค. ผอ.

สจ. นท. บค. ตสน. กค.

วันที่ 30 พ.ค. 2567

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี

สาขาบางบัวทอง ถนนรัตนาธิเบศร์ นบ ๑๑๑๑๐

ที่ นบ ๐๐๓๑.๑/๒๕๖๗

๑๗ พฤษภาคม ๒๕๖๗

เรื่อง ขอเชิญเข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุก ประจำปี ๒๕๖๗

เรียน เจ้าของสถานประกอบการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ จำนวน ๑ แผ่น

ด้วยสำนักงานประกันสังคม ได้ดำเนินการจัดทำโครงการดูแลสุขภาพผู้ประกันตนเชิงรุก ในสถานประกอบการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ประกันตนได้รับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความเสี่ยงด้าน สุขภาวะและนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการเจ็บป่วย และเป็นการพัฒนาสิทธิประโยชน์ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเชิงรุกในสถานประกอบการ รวมถึงเป็นต้นแบบด้านการจัดบริการและ การป้องกันโรคในสถานประกอบการ

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี สาขาบางบัวทอง ได้ตระหนักถึงความสำคัญของการ ดูแลรักษาสุขภาพของผู้ประกันตนในพื้นที่อำเภอบางบัวทอง อำเภอบางใหญ่ และอำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี จึงขอประชาสัมพันธ์และเชิญชวนสถานประกอบการของท่านเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพผู้ประกันตนเชิงรุก ในสถานประกอบการ หากมีความประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ดังกล่าว ขอให้ท่านส่งแบบตอบรับเข้าร่วมโครงการฯ ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้นางสาวสุภาพ สายจรลศรี นักวิชาการแรงงานชำนาญการ และ นางอนุสรณ์ สงบ เจ้าหน้าที่ประกันสังคม ๓ หมายเลขโทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๕๕๕๔ โทรศัพท์มือถือ ๐๘๑ ๘๗๐ ๑๖๕๐ และ e-Mail : Saraban_bang_bua_thong@ssso.go.th เป็นผู้ประสานโครงการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

ขอแสดงความนับถือ

(นางปณิดา รัตนสุวรรณกุล)

หัวหน้าสำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี สาขาบางบัวทอง

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์

โทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๕๕๕๔

โทรสาร ๐ ๒๙๒๖ ๗๕๐๐



แบบตอบรับเข้าร่วมโครงการดูแลสุขภาพผู้ประกันตนเชิงรุกในสถานประกอบการ

ชื่อสถานประกอบการ..... เลขที่บัญชีนายจ้าง..... สาขา.....

เลขที่ตั้ง.....

โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ผู้ประกันตน จำนวนทั้งหมด..... คน แยกเป็น

ไทย จำนวน..... คน

ต่างด้าว จำนวน..... คน

ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ ไม่ประสงค์เข้าร่วมโครงการ

คุณสมบัติสถานประกอบการ

๑. เป็นสถานประกอบการที่ขึ้นทะเบียนกับสำนักงานประกันสังคม
๒. สถานประกอบการที่มีความพร้อมด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
๓. มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการตามโครงการที่ชัดเจน
๔. มีสถานที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

ผู้ประสานงาน..... ตำแหน่ง.....

เบอร์โทรศัพท์..... โทรศัพท์มือถือ.....

(E-mail).....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนาจ ของสถานประกอบการ

วันที่.....

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบตอบรับมายัง ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์ สำนักงานประกันสังคมจังหวัดนนทบุรี สาขาบางบัวทอง มอบหมายให้ นางสาวสุภาพ สายจรัสศรี และนางอนุสรณ์ สงบ เบอร์โทรศัพท์ ๐ ๒๙๒๖ ๕๕๕๔ โทรศัพท์มือถือ ๐ ๘๑๘๗ ๐๑๖๕๐ E-mail: Saraban_wang_bua_thong@ssso.go.th เป็นผู้ประสานโครงการ