



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ ๘๐๒

มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี
แบบตอบรับการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ผ่าตัดต้อกระจก ปีงบประมาณ
จังหวัด

โครงการ (๑)	เป้าหมาย (๒)	ระยะเวลา จาก..... ถึง..... (๓)	สถานที่ ดำเนินการ (๔)	ผู้รับผิดชอบ (๕)	หมายเหตุ (๖)

ผู้ประสานงาน/ผู้รับผิดชอบโครงการ

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ

ลงชื่อ

(.....)

จักษุแพทย์ผู้รับผิดชอบโครงการ

ลงชื่อ

(.....)

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล.....

ลงชื่อ

(.....)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด.....