

แบบจัดตั้งศูนย์พิทักษ์สิทธิสุขภาพภาคประชาชน

๑. ชื่อ ศูนย์พิทักษ์สิทธิสุขภาพภาคประชาชนจังหวัดหนองบัวลำภู

๒. สถานที่และที่ตั้ง เลขที่ _____ หมู่ ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ นาวัง จังหวัด หนองบัวลำภู

๓. โครงสร้างการบริหารจัดการของศูนย์

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ที่อยู่	เบอร์โทร	E-mail/ID	ลายมือชื่อ

หมายเหตุ : กรรมการของศูนย์พิทักษ์สิทธิสุขภาพภาคประชาชน หรือตำแหน่งอื่นๆ สามารถเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

ลงชื่อ

ผู้จัดทำข้อมูล

(

)

เบอร์โทรศัพท์

วันที่