**แบบฟอร์มรายชื่อพื้นที่ต้นแบบ ปีงบประมาณ ๒๕๖๕**

**อำเภอ....................................จังหวัดศรีสะเกษ**

1. **ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ**

**โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล........................................ตำบล.............................. .........**

**ผู้อำนวยการ รพ.สต. ชื่อ – สกุล................................................................................... ........**

**ตำแหน่ง..........................................................โทรศัพท์................................................... .....**

**Email: ..................................................................... ID Line ...................................... .....**

**รายชื่อผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา ชื่อ – สกุล..................................................................... .....**

**ตำแหน่ง..........................................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line ........................................ ..**

1. **หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต้นแบบ**

**ชื่อหมู่บ้าน...............................หมู่ที่................ตำบล...............................................................**

**ชื่อผู้ใหญ่บ้าน..................................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line .............................................**

**ชื่อประธาน อสม................................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line ...............................................**

1. **โรงเรียนส่งเสริมสุขบัญญัติแห่งชาติ**

**ชื่อผู้อำนวยการ................................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line ..............................................**

**ชื่อครูอนามัยโรงเรียน.......................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line ...............................................**

**ชื่อครูอนามัยโรงเรียน.......................................โทรศัพท์..........................................................**

**Email: ..................................................................... ID Line ...............................................**

**หมายเหตุ ทั้ง ๓ ประเภท เป็นพื้นที่ในตำบลเดียวกัน**

 **ลงชื่อ.........................................ผู้รับผิดชอบงานสุขศึกษา สสอ.**

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

**ตำแหน่ง.......................................................เบอร์โทร.........................................................**

**Email : ....................................................................ID Line ...........................................**

 **ลงชื่อ.........................................สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับรองข้อมูล**

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