



# โรงพยาบาลตำรวจ



เชิญสมัครเข้าร่วม โครงการปรับสุขภาพดีชีวิที่มีสุขปี 55

**\* ฟรี \*** ไม่มีค่าใช้จ่าย

รับสมัครตั้งแต่วันที่ 12 – 31 มกราคม 2555

เริ่มโครงการในวันที่ 23 มีนาคม 2555

รับจำนวน 150 ท่านเท่านั้น

ผู้สมัครเข้าร่วมกิจกรรมจะได้รับของที่ระลึกมูลค่ากว่า 200 บาท  
เช่น สมุดบันทึกและปากกา และอื่นๆ อีกมากมายระหว่างการอบรม

ระยะเวลาการดำเนินโครงการตั้งแต่ ม.ค. – ก.ค. 2555

ร่วมกิจกรรมเพียงเดือนละ 1 วัน ในโรงพยาบาลตำรวจ

หลังจบการอบรมจะได้รับประกาศนียบัตรรับรองสุขภาพ

รางวัลความสำเร็จกำลังรออยู่

1. ผู้ที่ลดน้ำหนัก ได้มากที่สุดในระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 3 รางวัล
2. ผู้ที่ลดน้ำหนักได้ 5 % - 10 % ของน้ำหนักตัวเดิม จำนวน 15 รางวัล
3. ผู้ที่จดบันทึกกิจกรรมครบถ้วนและร่วมกิจกรรมทุกครั้ง จำนวน 10 รางวัล

คุณสมบัติผู้เข้าร่วมกิจกรรม

- ☛ ข้าราชการตำรวจ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างชั่วคราว ของสำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- ☛ น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน (BMI มากกว่า หรือ เท่ากับ 23 )  
หรือ รอบเอวเกินมาตรฐาน (ผู้ชายรอบเอว > 90 ซม. ผู้หญิง รอบเอว > 80 ซม.)  
หรือ ไขมันในเลือดสูง

ขอรับใบสมัครและรายละเอียดในเวลาราชการ ที่ 02-207-6217

ธุรการกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.ตร. ตึกอำนวยการชั้น 4

## ใบสมัครเข้าร่วมโครงการปรับสุขภาพดีชีวิมีสุข ปี 55

โปรดกรอกข้อความให้สมบูรณ์ เพศ  ชาย  หญิง

ยศ/ชื่อ/นามสกุล.....

หมายเลขบัตรประชาชน (13หลัก)

วัน/เดือน/ปีเกิด.....อายุ.....ปีบริบูรณ์

ที่อยู่เลขที่.....ซอย.....ถนน.....

แขวง.....เขต.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....

เบอร์โทรศัพท์ที่ทำงาน.....โทรสาร.....โทรมือถือ.....

สังกัด.....หน่วยงาน.....

ใส่เครื่องหมาย ✓ ใน ช่อง  หน้าข้อความที่ตรงกับความจริงของท่าน

\* ระดับการศึกษา

ไม่ได้เรียน  ประถมศึกษา  มัธยมศึกษา, ปวช, ปวส  ปริญญาตรี  สูงกว่าปริญญาตรี

\* สิทธิการรักษาพยาบาล

ข้าราชการ/ครอบครัว  ประกันสังคม  บัตรทองในกทม.  บัตรทองนอกกทม.

\* ปัจจัยเสี่ยงที่พบ (ปัจจัยเสี่ยงหมายถึงปัญหาสุขภาพที่ท่านเป็นอยู่ตอบได้มากกว่า 1 ปัจจัย)

น้ำตาลในเลือดสูง/เบาหวาน  ความดันโลหิตสูง  ไขมันในเลือดสูง

BMI เกินมาตรฐาน/อ้วน  ติดบุหรี่/แอลกอฮอล์  โรคทางพันธุกรรม

ขาดการออกกำลังกาย  ทานอาหารรสจัด  เครียด

อื่นๆ.ระบุ.....

คำร้องขอของผู้สมัคร

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริง ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความเต็มใจและจะปฏิบัติตามกติกาทุกประการ ขณะเข้าร่วมกิจกรรมยินดีที่จะพิสูจน์ตนเองว่าพร้อมจะปฏิบัติตามแนวทางของผู้จัดจนกว่าจะบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ พร้อมทั้งยินดีให้มีการถ่ายภาพเพื่อบันทึกเหตุการณ์ขณะปฏิบัติกิจกรรม

ลายเซ็นผู้สมัคร.....

(.....)

วันที่.....

กรุณาส่งใบสมัครก่อนวันที่ ๒๐ มกราคม ๒๕๕๕ ที่ ศูนย์การกลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัว

(ตึกอำนวยการ ชั้น ๔) ในเวลาราชการ หรือ ส่งแฟกซ์ ที่หมายเลข ๐๒- ๒๐๗๖๒๑๗