



สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 เลขรับที่.....
 วันที่..... ๒๔ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

ที่ สท ๐๐๓๐/ว ๑๗/๔

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย
 ๓๑๗ ม. ๑๔ ต.บ้านกล้วย
 อ.เมืองสุโขทัย จ.สุโขทัย ๖๔๐๐๐

๑๗ มกราคม ๒๕๖๓

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย
 งานการเจ้าหน้าที่
 เลขรับที่.....
 วันที่..... ๒๔ มี.ค. ๒๕๖๓
 เวลา.....

เรื่อง การตรวจสุขภาพประจำปี

เรียน นายจ้าง/เจ้าของสถานประกอบการ

สิ่งที่ส่งมาด้วย รายการตรวจสุขภาพ จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วยสำนักงานประกันสังคมได้เพิ่มสิทธิให้แก่ผู้ประกันตน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงหากพบความผิดปกติจะได้รับการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งผู้ประกันตนสามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพ โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและสามารถใช้สิทธิได้ปีละ ๑ ครั้ง ทั้งนี้ มีสถานพยาบาลในจังหวัดสุโขทัยที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพกับสำนักงานประกันสังคม จำนวน ๗ แห่ง ดังนี้

๑. โรงพยาบาลสุโขทัย
๒. โรงพยาบาลศรีสวรรค์สุโขทัย
๓. โรงพยาบาลคีรีมาศ
๔. โรงพยาบาลกงไกรลาศ
๕. โรงพยาบาลสวรรคโลก
๖. โรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม
๗. โรงพยาบาลศรีสัชชนาลัย

สำนักงานประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย จึงขอความกรุณาท่านประชาสัมพันธ์ให้ผู้ประกันตนในสถานประกอบการของท่านทราบด้วย หากประสงค์เข้ารับบริการตรวจสุขภาพโปรดยื่นบัตรประชาชน ณ สถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ สามารถตรวจสอบข้อมูลรายชื่อสถานพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพได้ที่ www.sso.go.th หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่โทรศัพท์หมายเลข ๑๕๐๖

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

- จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ
- เพื่อโปรดทราบ
 - เห็นควรพิจารณาสั่งการ
 - เห็นควรพิจารณาอนุมัติ
 - เห็นควรประชาสัมพันธ์
 - เพื่อโปรดลงนามใน.....
 - อื่นๆ.....

ขอแสดงความนับถือ

(นางทิพย์สุดา บาลี)
 ประกันสังคมจังหวัดสุโขทัย

(นางสาวปราวสน คุรุทโปรง)
 เจ้าพนักงานธุรการปฏิบัติงาน

- ปงร -

(นายปองพล วรปานี)
 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสุโขทัย

ส่วนงานทะเบียนและประสานการแพทย์ฯ ชัยมงคล)
 โทรศัพท์ ๐ ๕๕๖๒ ๐๔๒๗๕ ต่อ ๑๑๐-๑๑๑
 โทรสาร ๐ ๕๕๖๑ ๓๑๙๖

(นางกนกวรรณ กล้าพิช)
 นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ

