

**แบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ต้องการขอใบเสนอราคาเพื่อขอใช้บริการ
บริการที่ปรึกษาและตรวจประเมิน ตามกลยุทธ์เชิงป้องกัน VISION ZERO การจัดการความปลอดภัย สุขภาพ
และความผาสุกในการทำงาน (SHW)**

1. ชื่อบริษัท (ภาษาไทย).....
2. ที่อยู่ เลขที่ หมู่ที่..... ซอย ถนน..... ตำบล/แขวง.....
อำเภอ/เขต.....เขต..... จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร.....
3. ชื่อ-นามสกุลผู้ประสานงาน..... ตำแหน่ง.....
โทรศัพท์..... ต่อ..... มือถือ.....
4. เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร (13หลัก)
5. ประกอบธุรกิจประเภท.....
6. จำนวนลูกจ้างหญิง.....คน จำนวนลูกจ้างชาย..... คน
7. วัตถุประสงค์ที่ต้องการ
 - 7.1
 - 7.2
 - 7.3

ส่งแบบฟอร์มแจ้งความประสงค์ที่ E-mail : shawpatinspection@shawpat.or.th

หรือสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ ศูนย์ฝึกอบรมความปลอดภัย และอาชีวอนามัย

โทร : 0 2884 1852 ต่อ 108,112 คุณอภิฤทัย เสวตพงษ์ โทร 089-3533366

คุณอมรรัตน์ อ่อนดี โทร.061-3978484