|  |
| --- |
| **เอกสารหมายเลข A-2****แบบฟอร์มแผนการจัดการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหาร** |

**1. ชื่อหน่วยงาน .................................................................................................................................**

 **จังหวัด ..........................................................................................................................................**

**2. รายละเอียดแผนการจัดอบรม** (สามารถแจ้งแผนเป็นรายครั้ง หรือแผนภาพรวมทั้งหมด)

|  |  |
| --- | --- |
| **แผนการฝึกอบรม****ปี พ.ศ. ......** | **รายละเอียดการจัดการอบรม** |
| **วันที่** | **เวลา** | **สถานที่จัดการอบรม** | **หมายเหตุ** |
| **มกราคม** |  |  |  |  |
| **กุมภาพันธ์** |  |  |  |  |
| **มีนาคม** |  |  |  |  |
| **เมษายน** |  |  |  |  |
| **พฤษภาคม** |  |  |  |  |
| **มิถุนายน** |  |  |  |  |
| **กรกฎาคม** |  |  |  |  |
| **สิงหาคม** |  |  |  |  |
| **กันยายน** |  |  |  |  |
| **ตุลาคม** |  |  |  |  |
| **พฤศจิกายน** |  |  |  |  |
| **ธันวาคม** |  |  |  |  |

**หมายเหตุ :** 1. หน่วยงานต้องแจ้งแผนการอบรมให้กรมอนามัยทราบก่อนอย่างน้อย 15 วันทำการ

 กรณีเปลี่ยนแปลงแผนจัดอบรมแจ้งผ่าน E-mail : foodhandler@anamai.mail.go.th

 2. หลักสูตรการอบรมผู้สัมผัสอาหาร ต้องไม่เกิน 100 คนต่อครั้ง

**3. ค่าบริการที่เรียกเก็บจากผู้เข้ารับการอบรม**

🞎 ไม่เก็บค่าบริการ

🞎 เก็บค่าบริการ .................................. บาท/คน

**4. รายละเอียดผู้ประสานงาน**

 ชื่อ (นาย/นาง/นางสาว) .............................................. นามสกุล ..................................................

 ตำแหน่ง .................................................................... โทรศัพท์ ....................................................

 มือถือ ........................................................... โทรสาร ...................................................................

 Email ……………………………………………………………………………………………………….…………………....

 ผู้บริหารหน่วยงานลงนาม ............................................... (ประทับตราสำคัญหน่วยงาน)

 (...............................................)

 ตำแหน่ง ..................................................

 วัน/ด/ป ..................................................