ที่ สธ ๐๖๑๖/ล ๐๑๗๖

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี
๕๔ ม.๑ ถนนมิตรภาพ ตำบลหนองไผ่
อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

๑๔ มกราคม ๒๕๖๒

เรื่อง การตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยของเครื่องเอกซเรย์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ราชชื่อตามหนังสือราชการขอมา)

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แนวทางการส่งแบบตอบรับการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานฯ จำนวน ๑ ชุด
๒. แบบฟอร์มตอบรับการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางรังสี จำนวน ๑ ชุด
๓. แบบตอบรับการตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องส่องไฟสำหรับเด็กภาวะตัวเหลือง จำนวน ๑ ชุด

ด้วยศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี เป็นหน่วยงานที่ให้บริการในการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยจากการผลิตและใช้พลังงานรังสีเอ็กซ์จากเครื่องเอกซเรย์ เพื่อให้มีการผลิตและใช้พลังงานจากรังสีเอ็กซ์ เป็นไปอย่างถูกต้องและมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานและประชาชนทั่วไป โดยมีพื้นที่รับผิดชอบในเขต จังหวัดอุดรธานี หนองคาย หนองบัวลำภู เลย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม

ในการนี้ หากหน่วยงานของท่านมีความประสงค์ที่จะขอรับบริการการตรวจสอบคุณภาพดังกล่าว โปรดกรอกรายละเอียดลงในแบบตอบรับฯ และส่งกลับคืนมาที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี ทั้งนี้ค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และการให้บริการเป็นไปตามระเบียบกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ว่าด้วยอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์และให้บริการ พ.ศ. ๒๕๕๙

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายคทายุทธ นิกาพฤกษ์)
นักฟิสิกส์รังสีชำนาญการพิเศษ รักษาราชการแทน
ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ ๘ อุดรธานี

งานรังสีและเครื่องมือแพทย์
โทรศัพท์ ๐ ๔๒๒๐ ๗๓๖๔-๖ ต่อ ๑๑๑
โทรสาร ๐ ๔๒๒๐ ๗๓๖๗
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ physics.rmscud@gmail.com

จังหวัดอุดรธานี

1 โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี
2 โรงพยาบาลกุดจับ
3 โรงพยาบาลกุมภวาปี
4 โรงพยาบาลไชยวาน
5 โรงพยาบาลทุ่งฝน
6 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง
7 โรงพยาบาลบ้านผือ
8 โรงพยาบาลน้ำโสม
9 โรงพยาบาลนายูง
10 โรงพยาบาลโนนสะอาด
11 โรงพยาบาลเพ็ญ
12 โรงพยาบาลพิบูลย์รักษ์
13 โรงพยาบาลวังสามหมอ
14 โรงพยาบาลศรีธาตุ
15 โรงพยาบาลสร้างคอม
16 โรงพยาบาลหนองหาน
17 โรงพยาบาลหนองวัวซอ
18 โรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี
19 โรงพยาบาลหนองแสง
20 โรงพยาบาลห้วยเกิ้ง
21 โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม
22 โรงพยาบาลกู่แก้ว

จังหวัดหนองบัวลำภู

1 โรงพยาบาลหนองบัวลำภู
2 โรงพยาบาลโนนสัง
3 โรงพยาบาลนากลาง
4 โรงพยาบาลนาวังเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
5 โรงพยาบาลศรีบุญเรือง
6 โรงพยาบาลสุวรรณคูหา

จังหวัดหนองคาย

1 โรงพยาบาลหนองคาย
2 โรงพยาบาลโพนพิสัย
3 โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่
4 โรงพยาบาลสระใคร
5 โรงพยาบาลสังคม
6 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชท่าบ่อ
7 โรงพยาบาลเฝ้าไร่
8 โรงพยาบาลโพธิ์ตาก
9 โรงพยาบาลรัตนวาปี

จังหวัดเลย

1 โรงพยาบาลเลย
2 โรงพยาบาลวังสะพุง
3 โรงพยาบาลภูเรือ
4 โรงพยาบาลท่าลี่
5 โรงพยาบาลปากชม
6 โรงพยาบาลเชียงคาน
7 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชด่านซ้าย
8 โรงพยาบาลนาด้วง
9 โรงพยาบาลนาแห้ว
10 โรงพยาบาลภูกระดึง
11 โรงพยาบาลภูหลวง
12 โรงพยาบาลผาขาว
13 โรงพยาบาลเอราวัณ
14 โรงพยาบาลหนองหิน

จังหวัดบึงกาฬ

1 โรงพยาบาลบึงกาฬ
2 โรงพยาบาลเซกา
3 โรงพยาบาลโซ่พิสัย
4 โรงพยาบาลพรเจริญ
5 โรงพยาบาลบึงโขงหลง
6 โรงพยาบาลบุ่งคล้า
7 โรงพยาบาลปากคาด
8 โรงพยาบาลศรีวิไล

จังหวัดนครพนม

1 โรงพยาบาลนครพนม
2 โรงพยาบาลนาทม
3 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม
4 โรงพยาบาลเรณูนคร
5 โรงพยาบาลบ้านแพง
6 โรงพยาบาลโพนสวรรค์
7 โรงพยาบาลนาหว้า
8 โรงพยาบาลปลาปาก
9 โรงพยาบาลนาแก
10 โรงพยาบาลศรีสงคราม
11 โรงพยาบาลท่าอุเทน
12 โรงพยาบาลวังยาง

จังหวัดสกลนคร

1 โรงพยาบาลสกลนคร
2 โรงพยาบาลโคกศรีสุพรรณ
3 โรงพยาบาลเจริญศิลป์
4 โรงพยาบาลกุสุมาลย์
5 โรงพยาบาลเต่างอย
6 โรงพยาบาลพระอาจารย์แบน ธนากโร
7 โรงพยาบาลนิคมน้ำอูน
8 โรงพยาบาลวาริชภูมิ
9 โรงพยาบาลโพนนาแก้ว
10 โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร
11 โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน
12 โรงพยาบาลกุดบาก
13 โรงพยาบาลพังโคน
14 โรงพยาบาลบ้านม่วง
15 โรงพยาบาลอากาศอำนวย
16 โรงพยาบาลคำตากล้า
17 โรงพยาบาลวานรนิวาส
18 โรงพยาบาลส่องดาว

แนวทางการส่งแบบตอบรับการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางรังสี

1. <u>กรณีปกติ</u> กรณีที่เคยตรวจสอบเมื่อปีที่แล้ว ให้ยื่นแบบตอบรับฯ ก่อนวันครบกำหนดการตรวจสอบ 1 ปี ล่วงหน้าอย่างน้อย 2 เดือน ยกตัวอย่างเช่น ตรวจสอบเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2562 ท่านควรจะยื่นแบบตอบรับฯ มาช่วงวันที่ 25 ตุลาคม 2561 โดยที่จังหวัดเดียวกัน ควรจะยื่นมาพร้อมๆ กัน เพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการดำเนินการตรวจสอบ
2. <u>กรณีปกติ</u> เครื่องที่ติดตั้งมานานแล้วแต่ไม่เคยตรวจสอบ ให้ยื่นแบบตอบรับฯ ก่อนวันที่ประสงค์ตรวจล่วงหน้า อย่างน้อย 1 เดือน ยกตัวอย่างเช่น ต้องการตรวจสอบวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 ท่านควรจะยื่นแบบตอบรับฯมาช่วงวันที่ 25 ธันวาคม 2561 ทั้งนี้ เผื่อระยะเวลาการทำงานของไปรษณีย์ หรือเพื่อความรวดเร็วให้ท่านส่งเป็นไฟล์ pdf ผ่านช่องทางเมล์ ไลน์ หรือแฟ็กซ์ โดยติดต่อกับเจ้าหน้าที่ก่อนส่งทุกครั้ง
3. <u>กรณีเร่งด่วน</u> เช่น กรณีเครื่องใหม่ที่ต้องการตรวจรับเครื่องโดยคณะกรรมการของหน่วยงานจัดซื้อ/เช่า ให้โทรประสานล่วงหน้าไม่น้อยกว่า 2 สัปดาห์ ยกตัวอย่างเช่น จะตรวจรับวันที่ 1 มีนาคม 2562 ท่านควรจะโทรมาช่วงวันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2562 เพื่อนัดหมายวันตรวจสอบ เมื่อตกลงวันที่ได้แล้ว ให้ท่านรีบยื่นแบบตอบรับฯ ผ่านช่องทางเมล์ ไลน์ หรือแฟ็กซ์
4. หากท่านส่งแบบตอบรับฯ มานานแล้วแต่ยังไม่ได้วันนัดหมาย หรือต้องการเปลี่ยนวันนัดหมาย ขอให้ท่านโทรประสานได้ตามวันเวลาราชการ

<u>หมายเหตุ</u>

1. ท่านสามารถดาวน์โหลดเอกสารแบบตอบรับได้ที่เว็บไซต์ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี http://rmsc8.dmsc.moph.go.th/
2. รายละเอียดเกี่ยวกับวันครบรอบการตรวจสอบประจำปี จะนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของศูนย์ฯ
3. กำหนดวันนัดหมายในแต่ละเดือนจะนำมาเผยแพร่ทางเว็บไซต์ของศูนย์ฯ
4. เอกสารที่ส่งทางระบบอิเล็กทรอนิกส์ควรจะเป็นไฟล์ pdf แต่หากเป็นไฟล์ภาพจะต้องมีความละเอียดคมชัด สว่าง และไม่เอียง
5. E-mail Address งานรังสีและเครื่องมือแพทย์ physics.rmscud@gmail.com

แบบฟอร์มตอบรับ
การตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางรังสี

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

โรงพยาบาล/คลินิก/ศูนย์.....

แผนก/งาน.....ที่อยู่.....

.....โทร.....

มีความประสงค์จะทำการตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องมือแพทย์ทางรังสี ดังรายการต่อไปนี้

1. ตรวจสอบและควบคุมคุณภาพเครื่องมือแพทย์ทางรังสี โดยมีอัตราค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

☐ เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยทั่วไป	อัตราค่าบำรุง	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์วินิจฉัยเคลื่อนที่	"	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์ฟลูออโรสโคปี/จำลองการฉายรังสี	"	3,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์ส่วนหัวใจหนึ่งระนาบ/สองระนาบ	"	3,000/6,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์ฟัน/อื่นๆ	"	1,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์	"	4,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องเอกซเรย์เต้านม	"	4,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องสร้างภาพด้วยสนามแม่เหล็กกำทอน	"	5,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ ความปลอดภัยของห้องเอกซเรย์และวัสดุกำบังรังสี	"	500 บาท/ห้อง	จำนวน.....ห้อง
☐ คำนวณและตรวจสอบแบบแปลนห้องเอกซเรย์	"	2,000 บาท/ห้อง	จำนวน.....ห้อง
☐ ตรวจสอบรังสีรั่วจากเตาอบไมโครเวฟ สำหรับประชาชนทั่วไป	"	400 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องวัดความดันโลหิต สำหรับประชาชนทั่วไป	"	200 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ เครื่องมือแพทย์อื่นๆ เช่น CR reader, DR, Ultrasound	"	2,000 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง

2. ตรวจสอบเพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการรังสีวินิจฉัย

☐ คำนวณปริมาณรังสีที่ผู้ป่วยได้รับการตรวจวิเคราะห์	อัตราค่าบำรุง	500 บาท/เทคนิคที่เลือก (ไม่เกิน 5 เทคนิค)	
☐ ขนาดโฟคอลสปอตและการจัดวางตัวของกริด	"	200 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง
☐ ทดสอบคุณภาพจออ่านภาพทางการแพทย์		500 บาท/จอ	จำนวน.....จอภาพ
☐ ประเมินคุณภาพของภาพถ่ายรังสี (ภาพแฟนทอม, ภาพผู้ป่วย)	"	500 บาท/เครื่อง	จำนวน.....เครื่อง (ระบบ)
☐ ความสว่างของตู้ส่องฟิล์ม/ความแนบชิดของฟิล์มกับสกรีน	"	200 บาท/ตู้/คาสเซท	

3. ประมาณการค่าบำรุงการตรวจวิเคราะห์

3.1 ตรวจสอบคุณภาพมาตรฐานเครื่องเอกซเรย์ฯ .....บาท

3.2 ตรวจสอบเพื่อพัฒนาห้องปฏิบัติการรังสีฯ .....บาท

รวม.....บาท

หมายเหตุ กรณีหน่วยงานเอกชน คิดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่เพิ่มเติมตามอัตราของทางราชการ

สำหรับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

วันที่รับ.....ลำดับที่.....

วันที่นัดตรวจสอบ.....

งานรังสีและเครื่องมือแพทย์

โทร.0-4220-7364 ต่อ 111

☐ ระบุช่วง วัน เดือน ที่ต้องการตรวจสอบ .....

☐ โทรประสานนัดหมายก่อนตรวจล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ (กรณีเร่งด่วน)

ข้าพเจ้ายินยอมและไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ หากวิธีการตรวจสอบเป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้ตอบรับ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน .....โทร.....

แบบแจ้งรายละเอียดเครื่องเอกซเรย์และเครื่องอัลตราซาวด์ (ประกอบแบบฟอร์ม F 42 01 025)

ชื่อโรงพยาบาล/คลินิก/ศูนย์.....

กลุ่มเครื่องเอกซเรย์

1) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
2) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
3) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
4) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
5) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
6) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
7) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
8) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
9) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....
10) ประเภทเครื่องเอกซเรย์ ☐ ทั่วไป ☐ เคลื่อนที่ ☐ ฟลูฯ ☐ ฟัน ☐ CT ☐ เต้านม ☐ อื่น ๆ.....
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
อัตราการทำงานสูงสุดของเครื่อง.....kVp.....mA/mAs ห้อง/อาคาร.....

กลุ่มเครื่องอัลตราซาวด์

1) ประเภทเครื่องอัลตราซาวด์ ☐ B-mode ☐ Doppler
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
ห้อง/อาคาร.....
2) ประเภทเครื่องอัลตราซาวด์ ☐ B-mode ☐ Doppler
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
ห้อง/อาคาร.....
3) ประเภทเครื่องอัลตราซาวด์ ☐ B-mode ☐ Doppler
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
ห้อง/อาคาร.....
4) ประเภทเครื่องอัลตราซาวด์ ☐ B-mode ☐ Doppler
ชื่อเครื่อง.....รุ่น.....หมายเลขเครื่อง.....
ห้อง/อาคาร.....

<u>หมายเหตุ</u> กรณีเนื้อที่ในเอกสารนี้ไม่เพียงพอสามารถถ่ายเอกสารเพิ่มเติมได้

แบบตอบรับการตรวจสอบประสิทธิภาพเครื่องส่องไฟสำหรับเด็กภาวะตัวเหลือง

วันที่ .....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี

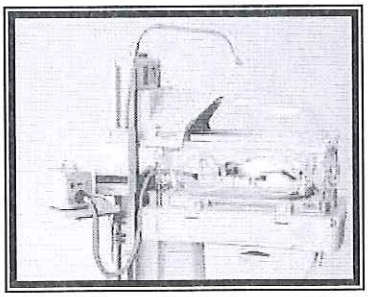
โรงพยาบาล.....แผนก/งาน .....

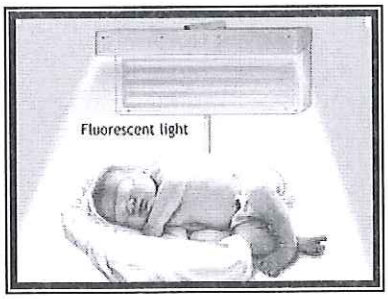
ที่อยู่.....โทร.....

มีความประสงค์ขอตรวจสอบสอบประสิทธิภาพเครื่องส่องไฟสำหรับเด็กภาวะตัวเหลือง

ลำดับที่	ผลิตภัณฑ์	รุ่น	หมายเลข	ชนิดและสีหลอดไฟ	กำลังไฟ (วัตต์)	จำนวนหลอด	อายุการใช้งาน
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

รวมจำนวนเครื่องฯ ที่ตรวจสอบ ..... เครื่อง
ทั้งนี้มีค่าใช้จ่ายในการตรวจสอบ เครื่องละ 100 บาท
รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด .....บาท
ระบุช่วงเดือนที่ต้องการตรวจสอบ.....





หมายเหตุ ชนิดหลอดไฟ
F = ฟลูออเรสเซนต์
H = ฮาโลเจน
L = LED

IRRADIANCE
$\mu W/cm^2/nm$

10 - 20	Standard
20 - 30	
30 - 40	Intensive

American Academy of Pediatrics 2006 definitions

สำหรับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 8 อุดรธานี
วันที่รับ.....ลำดับที่.....
วันที่ตรวจสอบ.....
งานรังสีและเครื่องมือแพทย์
โทร.0-4220-7364 ต่อ 111

ข้าพเจ้ายินยอมและไม่เรียกร้องค่าเสียหายใด ๆ หากวิธีการตรวจสอบเป็นไปตามเกณฑ์ข้อกำหนดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ลงชื่อ.....ผู้ตอบรับ
( )
ตำแหน่ง.....

ชื่อเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน .....โทร.....