



ที่ ศก ๐๐๓๓.๐๐๔/๑๗๓๒๒

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ
ถนนศรีสะเกษ - กันทรลักษ์ ศก ๓๓๐๐๐

๗ ธันวาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความร่วมมือสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารส่งตรวจวิเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกันทรลักษ์
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน ทุกแห่ง และสาธารณสุขอำเภอ ทุกอำเภอ

สิ่งที่ส่งมาด้วย บันทึกเก็บตัวอย่างอาหาร (MU. ๑๐ - ๐๐๒)

จำนวน ๑ ฉบับ

ด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ร่วมกับหน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ ๑๐ มีกำหนดออกสุ่มตรวจสารปนเปื้อนฟอร์มาลีนในอาหารทะเลและเครื่องในสัตว์กรณีเรื่องร้องเรียนที่เป็นข่าวการจับกุมในขณะนี้ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังและคุ้มครองผู้บริโภคจังหวัดศรีสะเกษ ให้ได้รับความปลอดภัย ระหว่างวันที่ ๗ - ๘ ธันวาคม ๒๕๖๕ และ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

ในการนี้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ จึงขอความร่วมมือให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาหารปลอดภัยในหน่วยงานของท่าน ประสานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องร่วมสุ่มเก็บตัวอย่างอาหารทะเลและเครื่องในสัตว์จากสถานที่จำหน่าย จำนวน ๑ ตัวอย่าง/๑ แห่ง จำนวน ๒ แห่ง/อำเภอ พร้อมระบุข้อมูลให้ครบถ้วนรายละเอียดตามสิ่งที่ส่งมาด้วย โดยให้ส่งตัวอย่างอาหารพร้อมข้อมูลแบบฟอร์มการเก็บตัวอย่างไปที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคและเภสัชสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ภายในวันที่ ๑๔ - ๑๖ ธันวาคม ๒๕๖๕

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณา แจ้งผู้เกี่ยวข้องดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายไพฑูรย์ แก้วอมร)
เภสัชกรเชี่ยวชาญ ปฏิบัติราชการแทน
นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ

กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคฯ

โทร. ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๐-๖ ต่อ ๓๐๕

โทรสาร ๐-๔๕๖๑-๖๐๔๒

ผู้ประสานระดับจังหวัด ภญ.จินดาพร อุปถัมภ์ ๐๘-๘๐๕๒-๐๑๕๓

๑๗/๑๒/๖๕



บันทึกตัวอย่างอาหาร
หน่วยเคลื่อนที่เพื่อความปลอดภัยด้านอาหาร เขตสุขภาพที่ 10

หน่วยงานที่ขอสนับสนุน.....หน่วยงานที่เก็บตัวอย่าง.....
สถานที่เก็บตัวอย่าง.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
วันที่เก็บตัวอย่าง.....ชื่อผู้เก็บตัวอย่าง.....วันที่ตรวจวิเคราะห์.....
ผู้ตรวจวิเคราะห์.....จำนวนตัวอย่าง.....ตัวอย่าง

Table with 8 columns: ลำดับ, ชื่อผู้จำหน่าย/ร้าน, รหัสตัวอย่าง, ชื่อตัวอย่าง, แหล่งที่มา, ผลการตรวจวิเคราะห์ (สารปนเปื้อน, ผลตรวจ), สรุปผล. The table contains multiple empty rows for data entry.

ผู้ทบทวนเอกสาร :(ลายเซ็น)
วันที่

| ลำดับ | ชื่อผู้จำหน่าย/ร้าน | รหัสตัวอย่าง | ชื่อตัวอย่าง | แหล่งที่มา | ผลการตรวจวิเคราะห์ | | สรุปผล |
|-------|---------------------|--------------|--------------|------------|--------------------|--------|--------|
| | | | | | สารปนเปื้อน | ผลตรวจ | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ผู้ทบทวนเอกสาร :(ลายเซ็น)
วันที่