



ใบสมัครเข้าร่วมโครงการ “มูมนมแม่ในสถานประกอบการ”

ชื่อบริษัท
ที่อยู่
โทรศัพท์ โทรสาร E-mail :
ประเภทสถานประกอบการ
จำนวนผู้บริหารและพนักงานทั้งสิ้น คน ชาย.....คน หญิง.....คน

บริษัทยินดีเข้าร่วมโครงการ บริษัทยังไม่แน่ใจขอทราบรายละเอียดเพิ่ม
เหตุผลที่เข้าร่วมโครงการ

ชื่อผู้รับผิดชอบ / ผู้ประสานงาน
ตำแหน่ง
โทรศัพท์
โทรสาร
E-mail

ในกรณีที่สมัครเข้าร่วมโครงการ สถานประกอบการยินดีให้ความร่วมมือ ดังนี้

1. ให้ข้อมูลก่อนเริ่มดำเนินงาน โดยส่งกลับมาพร้อมใบสมัครเข้าร่วมโครงการ
2. ตอบแบบประเมินตนเอง หลังจากสมัครเข้าร่วมโครงการ 6 เดือน
3. มีแบบบันทึกกิจกรรมที่สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เช่น การอบรมให้ความรู้แก่พนักงาน และกิจกรรมประชาสัมพันธ์ ฯลฯ

ลงชื่อ

ตำแหน่ง

วันที่

ส่งใบสมัครกลับมาที่ ศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

เลขที่ 480/8 อาคารสถาบันฯ ชั้น 11 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

เว็บไซต์ www.thaibreastfeeding.org , tbc2547@yahoo.com, june-03@hotmail.com

โทรศัพท์ 0-2354-8404 โทรสาร 0-2354-8409

มือถือ 08-9792-5877 / 08-9766-5489



มูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย

แบบสำรวจก่อนร่วมโครงการ

“มุมมองแม่ในสถานประกอบการ”

บริษัท

1. ข้อมูลพื้นฐาน

ชื่อบริษัท

ที่อยู่

โทรศัพท์ โทรสาร E-mail :

ประเภทสถานประกอบการ

จำนวนผู้บริหารและพนักงานทั้งสิ้น คน ชาย.....คน หญิง

2. ข้อมูลพนักงาน

2.1 จำนวนพนักงานที่ตั้งครรภ์ (ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 255...)..... คน

2.2 จำนวนพนักงานที่คลอดบุตร (ข้อมูลย้อนหลัง 1 ปี ตั้งแต่ มกราคม - ธันวาคม 255...)..... คน

2.3 จำนวนพนักงานที่ตั้งครรภ์ในปัจจุบัน (ข้อมูลตั้งแต่ มกราคม – ปัจจุบัน ณ วันที่สมัคร)..... คน

2.4 จำนวนพนักงานที่ลาคลอด ปัจจุบัน

3. ข้อมูลการให้นมลูก และการให้ความรู้เรื่องนมแม่ แก่พนักงาน ในปัจจุบัน

รายการ	มี	ไม่มี
3.1 มีพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกหรือไม่	จำนวนราย	
3.2 มีพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ร่วมกับนมผสม และอาหารอื่นๆ ในช่วง 6 เดือนแรกหรือไม่	จำนวนราย	
3.3 มีพนักงานที่เลี้ยงลูกด้วยนมผสมล้วนตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน หรือไม่	จำนวนราย	
3.4 มีการให้ความรู้เรื่องนมแม่ แก่พนักงานตั้งครรภ์หรือไม่	3.4.1 จำนวนครั้ง :ปี 3.4.2 ผู้ให้ความรู้คือ	