(แบบ นร.๕)

รายชื่อผู้รับจ้างขนส่งนมโรงเรียน
ในโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙
กลุ่มพื้นที่.....

อ้างอิงตามหลักเกณฑ์ฯ ข้อ ๑๑.๑ และ ตามประกาศคณะอนุกรรมการบริหารกลางโครงการอาหารเสริม (นม) โรงเรียน เรื่อง มาตรฐานการขนส่งและเก็บรักษานมโรงเรียน ประจำปีการศึกษา ๒๕๖๙

ชื่อผู้ประกอบการผลิตภัณฑ์นม ..... ที่อยู่ .....

โทรศัพท์ ..... อีเมล์ .....

สายส่งจังหวัด ..... วันที่รายงาน.....

ลำดับ	ชื่อผู้รับจ้างขนส่ง	หมายเลขโทรศัพท์	เลขที่ใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ตามกฎหมาย	ทะเบียนรถ	ประเภทรถ (✓)		การตามสอบ (✓)		พื้นที่การส่งมอบนม			สถานที่จัดเก็บนม		หมายเหตุ
					รถห้องเย็นส่งนมพาสเจอร์ไรส์	รถบรรทุกส่งนม ยูเอช ที	มี GPS	ใช้ระบบ e-tracking ของกรมปศุสัตว์	ชื่ออำเภอ	ชื่อหน่วยจัดซื้อ (อปท.)	ชื่อโรงเรียน	ชนิดผลิตภัณฑ์นม (พาสเจอไรส์ หรือ UHT)	ปริมาณนมที่เก็บได้ (ถุง /กล่อง)	

ลงชื่อ ..... ผู้มีอำนาจลงนาม/ผู้รับมอบอำนา

(.....)

ตำแหน่ง ..... *ประทับตรา (ถ้ามี)*

วันที่ ..... เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๙

ลงลายมือชื่อกำกับทุกหน้า .....

จ

ลงลายมือชื่อกำกับทุกหน้า .....