

ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

ลงชื่อ ^{ไชยชนะ} ผู้รายงาน

(.....นางสาวชัชชนะ ดีแม่.....)

ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขปฏิบัติงาน.....

วันที่-เดือน-พ.ศ.๒๘ ธันวาคม ๒๕๖๐.....