

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) .....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) .....

.....

ลงชื่อ ..... ผู้รายงาน  
( นายอัมราน เบ็ญอัสริบา )

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

วันที่-เดือน-พ.ศ. 13 ธันวาคม 2561

สำเนาถูกต้อง



(นายอัมราน เบ็ญอัสริบา)