

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข(ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายสุกฤษี ดอเลาะ)

ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่ ๒๐.....เดือน กันยายน...พ.ศ. ๒๕๖๒

รับรองตำแหน่งผู้ดูแล
(นายสุกฤษี ดอเลาะ)