

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค(ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข(ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นายมาหิมนัด มะมิง)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอนรัก
วันที่.....เดือน.....ปี.....พ.ศ. ๒๕๖๒

รับรองสำเนาถูกต้อง


นางสาวศรณีพร ฐิตะ