

๔. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ).....

แนวทางการแก้ไข(ระบุ).....

ลงชื่อ.....ผู้รายงาน

(นางสาวชากินะห์ อุแข็ง)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

วันที่..๓๐..เดือน..กันยายน.....พ.ศ. ๒๕๖๒

ส่งสารทุกฉบับ

*(ลายเซ็น)*

(นางสาวชากินะห์ อุแข็ง)