

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)


.....

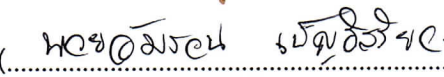
.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

.....

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(..... ))

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๕ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔