4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

☑ ไม่มี

☐ มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ) ....

....

....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ) ....

....

....

ลงชื่อ .... ผู้รายงาน

(นายอัมราน เบ็ญอิสริยา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่ ๖ เดือน มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔