

4. ปัญหา/อุปสรรคในการดำเนินงาน

ไม่มี

มี

ปัญหา/อุปสรรค (ระบุ)


.....

.....

แนวทางการแก้ไข (ระบุ)

.....

.....

ลงชื่อ  ผู้รายงาน

(นายอัมราน เบ็ญอิสริยา)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

วันที่-เดือน-พ.ศ. 20 มกราคม 2565