

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูล
โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
ตามประกาศสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ชื่อหน่วยงาน :...โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.....

วัน/เดือน/ปี :.....๒๗ มีนาคม ๒๕๖๖

หัวข้อ :

ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๖.....

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

๑. แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลโครงการ

๒. แบบฟอร์มการขออนุญาตเผยแพร่ข้อมูลโครงการ Link

ภายนอก:.....

หมายเหตุ:.....ไม่มี.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล




(นางสาวชยามล ไคร์นุ่นสิงห์)

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

วันที่...๒๗.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๖...

ผู้อนุมัติรับรอง




(นายธีระวัฒน์ สิงห์ราช)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

วันที่...๒๗.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๖...

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่



(นายจิริกิตย์ โหตระไวศยะ)

ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ

วันที่...๒๗.....เดือน.....มีนาคม.....พ.ศ. ๒๕๖๖...