**แบบบันทึกความต้องการฝึกอบรมเพิ่มเติม (Training need) ประจำปีงบประมาณ...............................**

งานชันสูตรสาธารณสุข กลุ่มงานเทคนิคบริการ โรงพยาบาลสัตหีบ กม.10

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ – สกุล | เรื่องที่ต้องการฝึกอบรม | |
| เกี่ยวข้องกับงาน | ไม่เกี่ยวข้องกับงานแต่เพื่อเพิ่มทักษะ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วันที่บังคับใช้ 1พฤษภาคม 2556 | แก้ไขครั้งที่ 0 | Fm – LAB - 015 |