แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสิชล

ตามประกาศโรงพยาบาลสิชล

เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณผ่านเว็บไซต์

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

ชื่อหน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี.....

หัวข้อ.....

รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล	**ผู้อนุมัติรับรอง**
.....	.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....