

แบบลงทะเบียนผู้เข้าร่วมอบรมโครงการคุณธรรม จริยธรรมบุคลากรเพื่อขับเคลื่อนมาตรการป้องกัน
 และปราบปรามการทุจริตประพฤติมิชอบโรงพยาบาลโซพิสัย
 อำเภอโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔
 ห้องประชุมโรงพยาบาลโซพิสัย อำเภอโซพิสัย จังหวัดบึงกาฬ
 วันที่.....เดือน พฤษภาคม พ.ศ.. ๒๕๖๔

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	ลายมือชื่อ		หมายเหตุ
				เข้า	บ่าย	

ขอรับรองว่าเป็นลายมือชื่อผู้เข้าอบรมจริง

ลงชื่อ.....
 (นางฉวีวรรณ สุวรรณไตร)
 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ