

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน  
โรงพยาบาลปทุมราชวงศา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ  
ตามประกาศโรงพยาบาลปทุมราชวงศา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ  
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2567

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน ในสังกัดโรงพยาบาลปทุมราชวงศา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ	
ชื่อหน่วยงาน : วัน/เดือน/ปี : หัวข้อ: รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ) ..... ..... Linkภายนอก: ..... หมายเหตุ: ..... ..... ....	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  ( ) ตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ผู้อนุมัติรับรองข้อมูลและให้นำขึ้นเผยแพร่  ( ) ตำแหน่ง วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ผู้นำข้อมูลขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์  (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	

หมายเหตุ : แบบฟอร์มการอนุมัติการเผยแพร่ข้อมูล เป็นแบบฟอร์มที่จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้รับผิดชอบในการให้ข้อมูลของแต่ละงาน จัดเตรียมรายละเอียดเนื้อหาของข้อมูล เพื่อเผยแพร่ผ่านเว็บไซต์เป็นรูปแบบเดียวกันและจะต้องมีการลงลายมือชื่อของผู้ให้ข้อมูล และผู้อนุมัติรับรอง เพื่อรับรองความถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์ และสามารถติดตามตรวจสอบแหล่งที่มาได้ ซึ่งเป็นความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่เผยแพร่ ก่อนส่งต่อให้ผู้ทำหน้าที่นำข้อมูลขึ้นเผยแพร่บนเว็บไซต์ต่อไป

-2-

**คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน  
ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

หัวข้อ	คำอธิบาย
หน่วยงาน	กลุ่มงาน/งานในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล
วัน/เดือน/ปี	วันเดือนปีที่ขอขึ้นข้อมูลขึ้นเผยแพร่
หัวข้อ	กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีใจความสำคัญ ที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน 2 บรรทัด
รายละเอียดข้อมูล	เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษา ที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระวิธีเหมาะสม กับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด
Link ภายนอก	ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่
หมายเหตุ	ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน)	ระบุ ลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมาย
ผู้อนุมัติรับรองและให้นำขึ้นเผยแพร่	ระบุ ลงลายมือชื่อของหัวหน้างาน/งานของหน่วยงานในสังกัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

<p>ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master)</p>	<p>ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ ให้นำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ บนเว็บไซต์</p>
--	---