



ตารางเวรนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ

แนบท้ายคำสั่งสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ นวมินทราชินี...../โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....ที่...../๒๕๖๕ ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

| ที่                     | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง | วันที่ปฏิบัติงาน |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    | วันหยุด | นอกเวลา |    |
|-------------------------|-----------|---------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---------|---------|----|
|                         |           |         | ๑                | ๒ | ๓ | ๔ | ๕ | ๖ | ๗ | ๘ | ๙ | ๑๐ | ๑๑ | ๑๒ | ๑๓ | ๑๔ | ๑๕ | ๑๖ | ๑๗ | ๑๘ | ๑๙ | ๒๐ | ๒๑ | ๒๒ | ๒๓ | ๒๔ | ๒๕ | ๒๖ | ๒๗ | ๒๘ | ๒๙ | ๓๐ |         |         | ๓๑ |
| ส่วนของข้าราชการ        |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๑                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๒                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๓                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ส่วนของ พกส. และลูกจ้าง |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๑                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๒                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |
| ๓                       |           |         |                  |   |   |   |   |   |   |   |   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |         |         |    |

ลงชื่อ.....  
(นาย/นาง/นางสาว.....)

ผู้อำนวยการสถานื่อนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี...../  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....  
ปฏิบัติราชการแทนนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด.....  
(พร้อมตราประทับ สอน./รพ.สต.)