แบบฟอร์ม COV 2

แบบรายงานผลการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work from Home)
ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ชื่อ – สกุล ..... ตำแหน่ง.....

สังกัด.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วัน เดือน ปี	งานที่ได้รับมอบหมาย	ผลการดำเนินงาน/ผลสำเร็จของงาน	ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นลงนาม

ลงชื่อ .....ผู้ปฏิบัติงาน
(.....)
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ .....ผู้บังคับบัญชา
(.....)
ตำแหน่ง .....