

แผนปฏิบัติการ (Action plan)

ภายใต้บันทึกข้อตกลงความร่วมมือการเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมไข้เลือดออก

หน่วยงาน :		: ☐ รอบ 3 เดือน
ผู้รายงานข้อมูล :	ตำแหน่ง :	
โทรศัพท์ :	E-mail:	

[illegible]

[illegible]