



แบบฟอร์มขอรับข้อมูล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด...

ความลับ

เรื่อง...

สำหรับ...

แบบฟอร์มขอรับข้อมูล

ชื่อหน่วยงาน : ...  
วัน/เดือน/ปี : ...  
ชื่อผู้ขอรับข้อมูล : ...  
วัตถุประสงค์ : ...

Link ภายนอก : <http://www.s...>

ผู้ขอรับข้อมูล

ผู้มอบข้อมูล

*[Signature]*

*[Signature]*

(นางสาว...)

วันที่...เดือน...ปี...

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลไปใช้

*[Signature]*

(นางสาว...)

ตำแหน่ง...

วันที่...เดือน...ปี...