

เผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของโรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

และปิดประกาศ ณ สถานที่ปิดประกาศของหน่วยงาน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลนำขึ้นเว็บไซต์ของหน่วยงาน / ปิดประกาศสถานที่ปิดประกาศ
โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

ชื่อหน่วยงาน โรงพยาบาลภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ

วัน/เดือน/ปี

หัวข้อ

รายละเอียดข้อมูล

Link ภายนอก เว็บไซต์

:ประกาศแจ้งข่าว:

หมายเหตุ

ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล

ผู้อนุมัติรับรอง

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง.....

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่

ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลปิดประกาศ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

วันที่ เดือน พ.ศ.

วันที่ เดือน พ.ศ.