

แบบสรุปรายชื่อผู้แสดงความจำนงเพื่อขออนุญาตลาศึกษาหรืออบรมภายในประเทศ ประจำปี 2560

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	อายุตัว (ปี/ เดือน)	อายุ ราชการ (ปี)	ตำแหน่งปัจจุบันตาม จ. 18	สถานที่ปฏิบัติราชการ จริง (ให้ระบุชื่อกลุ่มงาน หรือ รพ.สต. )	ชื่อหลักสูตรที่ขออนุมัติ ศึกษา (ขอได้ไม่เกิน 2 หลักสูตร)	ประกาศียบัตร	ปริญญาตรี	ปริญญาโท	ปริญญาเอก	เฉพาะทาง	ชื่อสถาบันที่ขอ อนุมัติ	1.ภาคปกติ	2.เสาร์-อาทิตย์	3.ใช้เวลาบางส่วน	ผลการ พิจารณา		ระยะเวลา ตลอด หลักสูตร (ปี)	หมายเหตุ
																อนุมัติ	ไม่อนุมัติ		
1	น.ส.ราภรณ์ ศุภนิกร	53		พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กลุ่มงานบริการสุขภาพ	การพยาบาลอาชีวอนามัย สาขาอาชีวอนามัย	/					ม.เชียงใหม่	/			/		4 เดือน	
						การพยาบาลอาชีวอนามัย สาขาอาชีวอนามัย	/					ม.มหิดล	/					4 เดือน	
2	นางสายใจ นิจการสุนทร	53	32	พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ	กลุ่มงานบริการสุขภาพ	การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น)	/					วพบ.ศรี มหาสารคาม	/			/		4 เดือน	

ให้ใช้เครื่องหมาย / ห้ามใช้สัญลักษณ์จากกล่องข้อความ