



FM-HRM-๐๐๑-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกความต้องการการฝึกอบรม	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

ความต้องการการฝึกอบรมของหน่วยงาน/ฝ่าย.....

ที่	ชื่อ-นามสกุล ผู้ฝึกอบรม	รายละเอียดหลักสูตร			หมายเหตุ
		ชื่อหลักสูตร	ผู้จัดหลักสูตร	วันที่จัดอบรม	

ลงนาม.....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....