



FM-HRM-๐๐๒-๐๐ เรื่อง แผนการฝึกอบรม	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

แผนฝึกอบรมบุคลากร ประจำปี.....

ที่	ชื่อหลักสูตร	ประเภทการฝึกอบรม	วิทยากร	เดือน / ปี.....												ผู้เข้ารับการอบรม	ค่าใช้จ่าย
				ม.ค.	ก.พ.	มี.ค.	เม.ย.	พ.ค.	มิ.ย.	ก.ค.	ส.ค.	ต.ค.	ก.ค.	พ.ย.	ธ.ค.		
ด้านวิชาการ																	
ด้านการบริหาร/อื่นๆที่เกี่ยวข้องและสอดคล้อง																	

หมายเหตุ : แผนการฝึกอบรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามความเหมาะสม แผนกำหนดการฝึกอบรม แผนกำหนดการฝึกอบรมที่ดำเนินการแล้ว

ผู้จัดทำ.....
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ผู้อนุมัติ.....
 (.....)
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....