



FM-HRM-๐๐๓-๐๐ เรื่อง แบบบันทึกความต้องการการฝึกอบรม	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

ประวัติบุคลากร

ชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

วันที่ดำรงตำแหน่ง

.....

ประวัติการศึกษา

วุฒิการศึกษา	สาขาวิชา	สถาบันการศึกษา	ปีที่จบ

ประวัติการฝึกอบรม

วันที่	หัวข้อการฝึกอบรม	ผู้จัดอบรม	หมายเหตุ

หมายเลขลำดับ.....