



FM-LED-๐๐๔-๐๐ เรื่อง การรับ-คืนเอกสาร	วันที่ประกาศใช้	แก้ไขครั้งที่
โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี	xx/xx/xxxx	xx

บัญชีการรับ-คืนเอกสาร

ลำดับ	ชื่อผู้ครอบครอง	ชื่อ/หมายเลขเอกสาร	แก้ไขครั้งที่	วันที่มีผลบังคับใช้	ผู้รับ/ลงวันที่	ผู้คืน/ลงวันที่	หมายเหตุ

ลงนามผู้จัดทำ.....

( )

ตำแหน่ง.....

วันที่.....