

กรุณากรอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

## หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสองห้อง

one\_other\_detail

| ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท | จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง) |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1.ได้รับจาก                                               | 0                           |
| 1.1 ภาครัฐ                                                | 0                           |
| 1.2 ภาคเอกชน                                              | 0                           |
| 1.2 ประชาชน                                               | 0                           |
| 1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ                                       | 0                           |
| <b>รวม</b>                                                | <b>0</b>                    |

### กรุณาระบุรายละเอียดของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้

|                                                             |   |
|-------------------------------------------------------------|---|
| 2.รับในนาม                                                  |   |
| 2.1 หน่วยงาน                                                | 0 |
| 2.2 รายบุคคล                                                | 0 |
| 3.โอกาสในการรับ                                             |   |
| 3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)               | 0 |
| 3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ และความยินดี และความขอบคุณ) | 0 |
| 3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ                                         | 0 |
| 4.การดำเนินการ                                              |   |
| 4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล                          | 0 |
| 4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้                                         | 0 |

|                                                              |                                   |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน                                     | 0                                 |
| 4.4 ส่งมอบให้แก่ผู้ป่วย                                      | 0                                 |
| 4.5 อื่น ๆ โปรดระบุ                                          | 0                                 |
| ผู้บันทึก : อารีย์ เชื้อสาวะถี<br>เบอร์โทรศัพท์ : 0985843058 | ผู้ตรวจสอบ :<br>นายบุญกมล ชัยภูวน |