

โรงพยาบาลสงขลา

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยงาน.....

วัน/เดือน/ปี	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....หัวหน้าควบคุม  
(.....)