กรุณากรอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

# หน่วยงาน โรงพยาบาลท่าใหม่

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 |
| **รวม** | **0** |

| 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 แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ) | 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 : นางสาวสุมนมาลย์ ผลจันทน์<br>เบอร์โทรติดต่อ : 0969047989 | ผู้ตรวจสอบ : นางนวรัตน์ เจริญมรรค |