



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลวังเจ้า กลุ่มงานบริหารทั่วไป อำเภอลำปาง จังหวัดตาก ๖๓๑๘๐ โทรศัพท์ ๐-๕๕๕๙๓๐๖๒

ที่ ตก ๐๐๓๒.๓๐๑/พิเศษ

วันที่ ๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติดำเนินโครงการตามภารกิจหลัก โดยให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการ
“กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน”

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

ตามแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ Evidence Based Integrity and Transparency Assessment : EBIT การประเมินคุณธรรมและความโปร่งใสในการดำเนินงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ ๒๕๖๔ ในหัวข้อ EB๑๒ หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้เสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตาม ภารกิจของหน่วยงาน บัดนี้ กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้รวบรวมข้อมูล การดำเนินงานตามภารกิจหลักโดยให้ผู้มีส่วนได้เสียมาร่วมจัดทำแผนงาน/โครงการและร่วมพิจารณาเพื่ออนุมัติ รายละเอียดตามที่แนบมาพร้อมนี้

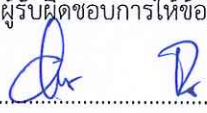
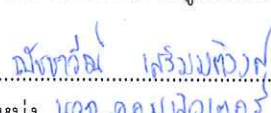
จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติโครงการ และขออนุญาตนำเอกสารเผยแพร่บนเว็บไซต์โรงพยาบาลวังเจ้า หรือเผยแพร่ในช่องทางอื่นต่อไป

(นายบรรพต ตราบัวแก้ว)
หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

อนุมัติ

(นายพิจารณ์ สารเสวก)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังเจ้า

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ โรงพยาบาลวังเจ้า
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน

แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ โรงพยาบาลวังเจ้า	
ชื่อหน่วยงาน :งานพัสดุ กลุ่มงานบริหารทั่วไป..... วัน/เดือน/ปี : หัวข้อ :หน่วยงานของท่านเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานตามภารกิจของหน่วยงาน..... รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)๑) บันทึกข้อความ ขออนุมัติดำเนินงานโครงการ ตามภารกิจหลัก โดยให้ผู้มีส่วนได้เสียมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนงาน/โครงการ..... ๒) โครงการ “กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน”..... ๓) รายงานการประชุมโครงการ “กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน”.....๔) สรุปผลการดำเนินงาน โครงการ “กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน”.....๕) ภาพกิจกรรม โครงการ “กายภาพบำบัดในผู้ป่วยโรคเบาหวาน”.....๖) บันทึกข้อความ รายงานการติดตามประเมินโครงการตามภารกิจหลัก..... Link ภายนอก : http://www.wangchaohosp.go.th/ หมายเหตุ :	
ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	ผู้อนุมัติรับรอง  (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (.....) ตำแหน่ง..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	