สำเนาที่……………..

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| วิธีปฏิบัติงาน โรงพยาบาลปากพะยูน | **หมายเลขเอกสาร** : WI – **ฉบับที่** A **แก้ไขครั้งที่** 00  **วันที่มีผลบังคับใช้** :  **หน้าที่** 1 | |
| **เรื่อง** | | |
| **1. วัตถุประสงค์**    **2. ผู้ปฏิบัติงาน**  **3. เครื่องมือ/อุปกรณ์**  **4. วิธีปฏิบัติ**    5**. ตัวชี้วัด/เกณฑ์การตรวจสอบ**  -  **6. ข้อควรระวัง**    **7. เอกสารอ้างอิง** | | |
| สถานะเอกสาร | | จัดทำโดย……………..………………วันที่  ตำแหน่ง……………………………….  อนุมัติโดย……………………………..วันที่  ตำแหน่ง……………………..…………. |

สำเนาที่……………..

|  |  |
| --- | --- |
| วิธีปฏิบัติงาน โรงพยาบาลปากพะยูน | **หมายเลขเอกสาร** : WI – **ฉบับที่** A **แก้ไขครั้งที่** 00  **วันที่มีผลบังคับใช้** : **หน้าที่** 2 |
| **เรื่อง** | |
|  | |