สำเนาที่……………..

|  |  |
| --- | --- |
| วิธีปฏิบัติงานโรงพยาบาลปากพะยูน | **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……………..

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