



0800-401-035

แบบบันทึกการฝึกอบรม/สอนงาน ณ สถานที่ปฏิบัติงาน (On-the-Job Training Plan)

ชื่อ-นามสกุลผู้รับการฝึกอบรม/สอนงาน.....

ตำแหน่ง.....

ประเภท ☐ ข้าราชการ ☐ ลูกจ้างประจำ ☐ พนักงานราชการ ☐ ลูกจ้างชั่วคราว
ฝ่าย/กลุ่มงาน/ตึกผู้ป่วย.....

หน่วยงาน.....โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ

1.
2.
3.
4.
5.

วันที่เริ่มปฏิบัติราชการ.....

ระยะเวลาฝึกอบรม/สอนงาน.....

ลำดับ ที่	รายการฝึกอบรม/สอนงาน	ระยะเวลาฝึกอบรม/สอน งาน		ผลการฝึกอบรม/ สอนงาน		ผู้ ฝึกอบรม/ สอนงาน (ลงนาม)	ผู้รับการ ฝึกอบรม/ รับการ สอนงาน (ลงนาม)
		เริ่มต้น (วัน เดือน ปี)	สิ้นสุด (วัน เดือน ปี)	ผ่าน	ไม่ผ่าน		

ผู้ควบคุมการสอนงาน

หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน.....

วันที่...../...../.....

อนุมัติ

ผู้อำนวยการ.....

วันที่...../...../.....