**แบบทบทวนรายชื่อ**

**ผู้ตรวจประเมินแบบสำรวจหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564**

**ข้อกำหนด 1. ทบทวนชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง ให้ถูกต้องก่อนนำส่ง และไม่พิจารณาจัดทำคำสั่งแต่งตั้งเพิ่มเติม**

 **2. ใช้แบบรายงานนี้ และจัดส่งในรูปเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ Microsoft Word เท่านั้น**

 **3. ส่งไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ pankung08@gmail.com (นางสาวสุชาฎา วรินทร์เวช)**

 **ภายในวันที่ 3 กันยายน 2563 และสามารถส่งก่อนเวลาที่ระบุได้**

**เขตสุขภาพที่** .....

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-นามสกุล** | **ตำแหน่ง** | **หน่วยงาน** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |