**แบบทบทวนรายชื่อผู้ตรวจประเมินแบบวัดการเปิดเผยข้อมูลสาธารณะ**

**(MOPH Open Data Integrity and Transparency Assessment : MOIT) ระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัด**

**ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567**

**--------------------**

**ข้อกำหนด / เงื่อนไข**

 **1. โปรดตรวจสอบคำนำหน้าชื่อ / ชื่อ / นามสกุล / ตำแหน่ง / หน่วยงาน ให้ถูกต้องก่อนนำส่ง**

 **2. ใช้แบบทบทวนรายชื่อฯ นี้เท่านั้น จัดส่งในรูปเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ Microsoft Word
 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ที่ possavee@moph.mail.go.th (นายพศวีร์ วัชรบุตร)**

 **ภายในวันที่ 23 สิงหาคม 2566**

 **3. หากดำเนินการแล้วเสร็จ ท่านสามารถส่งก่อนวันที่ระบุได้**

**เขตสุขภาพที่** .....

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