

บัญชีลงเวลาการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมืองปาน  
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลเมืองปาน อำเภอเมืองปาน จังหวัดลำปาง

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ลายมือชื่อ	เวลา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	หมายเหตุ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
 ( )