

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามภาระงาน

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRtL-1aTM9J3tYSQ_yGNzIIVXTXVKQjVD7jEGHaOT3QwFsQ/formResponse

ชื่อหน่วยงาน *

เช่น โรงพยาบาลxxxxx

โรงพยาบาลวิไลนคร

หน่วยงานที่รับผิดชอบการรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการ* *

เช่น กลุ่มงานxxxx โรงพยาบาลxxxx

บริหารทั่วไป โรงพยาบาลวิไลนคร

เบอร์โทรศัพท์ *

เช่น โทรศัพท์ xxx-xxxxxx


0817082051

กลับ ถัดไป **ส่งแบบฟอร์ม**

ท่านกำลังส่งผ่านใน Google ฟอร์ม

แบบรายงานผลการดำเนินงานตามภาระงาน

docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfRtL-1aTM9J3tYSQ_yGNzIIVXTXVKQjVD7jEGHaOT3QwFsQ/formResponse



**แบบรายงานผลการดำเนินงานตามมาตรการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการล่องละเมิดหรือ
คุกคามทางเพศในการทำงาน ประจำปี
งบประมาณ 2565 หน่วยงานในสำนักงาน
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ราชการบริหารส่วน
ภูมิภาค**

เราได้บันทึกคำตอบของคุณไว้แล้ว

[ส่งคำตอบเพิ่มเติม](#)

เนื้อหาที่มีได้ถูกสร้างขึ้นหรือรับรองโดย Google รายงานการละเมิด - จัดเก็บลงในระบบบริการ - รับผิดชอบต่อความเป็นส่วนตัว

Google ฟอร์ม