**แบบรายงานผลการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work from Home)**

แบบฟอร์ม COV 2

**ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

ชื่อ – สกุล ................................................................... ตำแหน่ง...............................................................................

สังกัด.................................................................................................................สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | งานที่ได้รับมอบหมาย | ผลการดำเนินงาน/ผลสำเร็จของงาน | ผู้บังคับบัญชา  ชั้นต้นลงนาม |
| 1 เม.ย. 64 | 1. ตรวจสอบข้อมูลบุคลากรผู้ขออนุญาตปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง | 20 ราย |  |
|  | 2. สำรวจข้อมูลผู้มีความเสี่ยงในการเดินทางโดยรถสาธารณะ | 45 ราย | C:\Users\user\Desktop\22.jpg |
|  |  |  | } |
| 2 เม.ย. 64 | 1. ตรวจสอบเอกสารการยื่นขอรับบำเหน็จบำนาญ  **ตัวอย่าง** | 100 ราย | C:\Users\user\Desktop\22.jpg |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

ลงชื่อ ............................................ผู้ปฏิบัติงาน ลงชื่อ ..............................................ผู้บังคับบัญชา

(................................................) (...............................................)

ตำแหน่ง .............................................. ตำแหน่ง ................................................