**แบบรายงานผลการปฏิบัติงานนอกสถานที่ตั้ง (Work from Home)**

แบบฟอร์ม COV 2

**ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | งานที่ได้รับมอบหมาย | ผลการดำเนินงาน/ผลสำเร็จของงาน | ผู้บังคับบัญชาชั้นต้นลงนาม |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

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

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