


แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในราชการส่วนภูมิภาค
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน
สำหรับหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ น้ำหนาว

| | |
|---|--|
| แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข | |
| ชื่อหน่วยงาน : สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว วัน/เดือน/ปี : ๑๔ มีนาคม ๒๕๖๗ หัวข้อ: การอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ภายในหน่วยงานในโครงการผลประโยชน์ทับซ้อนในหลักสูตรด้านทุจริตศึกษา (Anti-Corruption Education)สำนักงานสาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว ปีงบประมาณ ๒๕๖๗ | |
| Linkภายนอก: ไม่มี หมายเหตุ: | |
| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล  (นายณัฐดนัย ทบตัน) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุข วันที่...๑๔...เดือน..มีนาคม....พ.ศ. ...๒๕๖๗.... | ผู้อนุมัติรับรอง  (นายชินกฤต เมธาสุวภัทร) ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ รักษาราชการแทน สาธารณสุขอำเภอน้ำหนาว วันที่...๑๔...เดือน..มีนาคม....พ.ศ. ...๒๕๖๗.... |
| ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (นางสาวจันทนา กี่เคียง) ตำแหน่งเจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน วันที่...๑๔...เดือน..มีนาคม....พ.ศ. ...๒๕๖๗.... | |

คำอธิบายแบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์
ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

| หัวข้อ | คำอธิบาย |
|---|--|
| หน่วยงาน | หน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำและเผยแพร่ข้อมูล |
| วัน/เดือน/ปี | วันเดือนปีที่ขอขึ้นข้อมูลขึ้นเผยแพร่ |
| หัวข้อ | กำหนดหัวข้อที่จะนำขึ้นเผยแพร่โดยให้มีความสำคัญที่มาจากเนื้อหาที่มีความยาวไม่เกิน ๒ บรรทัด |
| รายละเอียดข้อมูล | เลือกใช้คำอธิบาย/คำบรรยายที่มีความกระชับใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายและสะกดคำให้ถูกต้องตามอักขระวิธีเหมาะสมกับลักษณะรูปแบบข้อมูลแต่ละชนิด |
| Link ภายนอก | ให้ระบุ Link ที่อ้างอิงหรือนำมาใช้ในการเผยแพร่ |
| หมายเหตุ | ข้อเสนอแนะ/ข้อคิดเห็นเพิ่มเติม |
| ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล (ผู้รายงาน) | ระบุลงลายมือชื่อหรือชื่อของผู้รับผิดชอบที่ได้มอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงาน |
| ผู้อนุมัติรับรอง | ระบุลงลายมือชื่อของหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |
| ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่ (Web Master) | ระบุลงลายมือชื่อผู้ทำการ Upload ข้อมูลที่ได้รับมอบหมายจากหัวหน้างาน/หัวหน้ากลุ่มงานของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข |