

**ชื่อหน่วยบริการ**

**ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า**

**................................................................................**

**เป็นผู้ผ่านการอบรม**

**หลักสูตรการตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

**สำหรับหน่วยบริการปฐมภูมิ**

**เมื่อวันที่ ........ เดือน ......................... พ.ศ. ..........**

**(.................................) (.................................)**

**นักเทคนิคการแพทย์ ผู้บริหารหน่วยงาน**

**วิทยากร**