**บันทึกการอบรม/รับการฟื้นฟูทางวิชาการ**

**ผู้ปฏิบัติงานตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านการแพทย์และสาธารณสุข**

ชื่อหน่วยงาน ...................................................... อำเภอ ................................. จังหวัด ........................

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **วัน/เดือน/ปี** | **หลักสูตร** | **สถานที่** | **ผู้รับการอบรม** | **วิทยากร** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |