**แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของ**

**กลุ่มงาน** ........................................................................................................

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี**

**ตามประกาศสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข**

**เรื่อง แนวทางการเผยแพร่ข้อมูลต่อสาธารณะผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงาน พ.ศ. 2561**

|  |
| --- |
| **แบบฟอร์มการขอเผยแพร่ข้อมูลผ่านเว็บไซต์ของหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข** |
| ชื่อกลุ่มงาน: ................................................................................................................................................  วัน/เดือน/ปี: ................................................................................................................................................  หัวข้อ: ............................................................................................................................................................  รายละเอียดข้อมูล (โดยสรุปหรือเอกสารแนบ)  ..................................................................................................................................................................................  ......................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................  .................................................................................................................................................................................  Linkภายนอก: ……………………………………………………………………………………………………………………………... หมายเหตุ: ………………………………………………………………………………………………………………………………......  ................................................................................................................................................................................  ...................................................................................................................................................................... |
| |  |  | | --- | --- | | ผู้รับผิดชอบการให้ข้อมูล | ผู้อนุมัติรับรอง | |  |  | | (......................................................................) | (......................................................................) | | ตำแหน่ง..................................................................  (ผู้รับผิดชอบงาน) | ตำแหน่ง..................................................................  (หัวหน้ากลุ่มงาน) | | วันที่...........เดือน............................พ.ศ............... | วันที่...........เดือน............................พ.ศ............... | |
| ผู้รับผิดชอบการนำข้อมูลขึ้นเผยแพร่  (............................................................................)  ตำแหน่ง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี  วันที่........เดือน............................พ.ศ............. |