**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 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรีวันที่........เดือน............................พ.ศ............. |