

กรุณารอกจำนวนครั้งที่ได้รับ

## หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอวาริชภูมิ

one\_other\_detail

ของขวัญหรือประโยชน์อื่นใดที่ได้รับมูลค่าไม่เกิน 3,000 บาท	จำนวนครั้งที่ได้รับ (ครั้ง)
1. ได้รับจาก	<input type="text" value="0"/>
1.1 ภาครัฐ	<input type="text" value="0"/>
1.2 ภาคเอกชน	<input type="text" value="0"/>
1.2 ประชาชน	<input type="text" value="0"/>
1.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	<input type="text" value="0"/>
<b>รวม</b>	<input type="text" value="0"/>

กรณารายละเอียดของของขวัญที่ได้รับจากข้อ 1 ได้รับจาก ดำเนินการดังนี้	
2.รับในนาม	
2.1 หน่วยงาน	<input type="text" value="0"/>
2.2 รายบุคคล	<input type="text" value="0"/>

3.โอกาสในการรับ	
3.1 เทศกาลต่าง ๆ (เช่น วันปีใหม่ วันสงกรานต์)	0
3.2 โอกาสสำคัญ (เช่น เกษียณอายุ แสดงความยินดี แสดงความขอบคุณ)	0
3.3 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0
4.การดำเนินการ	
4.1 ให้ยึดถือเป็นประโยชน์ส่วนบุคคล	0
4.2 ส่งคืนแก่ผู้ให้	0
4.3 ส่งมอบให้แก่หน่วยงาน	0
4.4 อื่น ๆ โปรดระบุ <input type="text"/>	0
<p>ผู้บันทึก : <input type="text"/></p> <p>เบอร์โทรติดต่อ : <input type="text"/></p>	ผู้ตรวจสอบ : <input type="text"/>

[+ อัปเดตข้อมูล](#)