
สำเนาบันทีกการตรวจสอบบริเวณบ้านพักคนงานให้มีระบบสุขาภิบาลที่ดี





วันที่	เดือน	ปี	ผู้ตรวจสอบ		วันที่ตรวจ
			ชื่อ	นามสกุล	
1	มกราคม				
2	กุมภาพันธ์				
3	มีนาคม				
4	เมษายน				
5	พฤษภาคม				
6	มิถุนายน				
7	กรกฎาคม				
8	สิงหาคม				
9	กันยายน				
10	ตุลาคม				
11	พฤศจิกายน				
12	ธันวาคม				

นายสมชาย ใจดี
โทร 08-000-0000