

ฝ่ายจุลชีววิทยา โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

แผนการทดสอบความชำนาญ

ห้องปฏิบัติการ.....			
รหัสและชื่อการทดสอบ	หน่วยงานทดสอบความชำนาญ	ระยะเวลา	ผู้รับผิดชอบ

จัดทำและอนุมัติโดย.....

(.....)

...../...../.....