SMDD 3 form

รายชื่อแพทย์ที่ได้รับการอบรมการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP)

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	จังหวัด	ผู้จัดการอบรม	วันที่	สถานที่	หมายเหตุ

หมายเหตุ เป็นรายชื่อของแพทย์ที่ยังไม่เคยผ่านการอบรมตามการ**รายงาน SMDD 1** แล้วได้รับการอบรมการจัดการโรคซึมเศร้าสำหรับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (CPG MDD GP) กรมสุขภาพจิต

ผู้รายงาน.....
โทรศัพท์.....
E-mail.....
วันที่ .....เดือน.....พ.ศ. ....