

ทำเนียบหรือทะเบียนของแพทย์ พยาบาล/นักวิชาการ/เจ้าพนักงานสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้า  
 ของหน่วยบริการ ..... จังหวัด.....

ข้อมูลเกี่ยวกับการได้รับการอบรมการจัดการโรคซึมเศร้า (CPG MDD GP) สำหรับแพทย์ และการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นวก./จพง.สาธารณสุข

ลำดับ	ชื่อ	สกุล	ตำแหน่ง	หน่วยงาน	การอบรมของกรมสุขภาพจิต		หมายเหตุ
					ผ่าน	ไม่ผ่าน	

ผู้รายงาน.....

โทรศัพท์.....

E-mail.....

วันที่ .....เดือน.....พ.ศ.....