

**สมาคมบริหารงานทั่วไป กระทรวงสาธารณสุข**

**อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี**

แบบฟอร์มสำรวจเจ้าหน้าทีพัสดุที่ต้องการสอบของกรมบัญชีกลาง

 ชื่อ.............................................................นามสกุล................................................................. ตำแหน่ง......................................................อายุ............สถานที่ปฏิบัติงาน..........................................................

อำเภอ..................................................................จังหวัด.....................................................................................