



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน

ที่ วันที่

เรื่อง ขอยกเลิกการไปประชุม/สัมมนา/อบรม

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....

พร้อมด้วย.....ตำแหน่ง.....

.....ตำแหน่ง.....

.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอยกเลิกการเข้าร่วมประชุม/สัมมนา/อบรม เรื่อง.....

ผู้จัด..... ณ จังหวัด.....

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวม.....วัน

เนื่องจาก.....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

1. ความเห็นหัวหน้างาน/หอผู้ป่วย.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(.....)

วันที่...../...../.....

2. ความเห็นหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน.....

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(.....)

วันที่...../...../.....

3. ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายทรัพยากรบุคคล

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(.....)

วันที่...../...../.....

4. คำสั่งผู้อำนวยการ

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....
(.....)

วันที่...../...../.....