



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน.....โทร.....

ที่.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอนหนังสือรับรองเงินเดือน / หนังสือรับรองการปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ด้วยข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่นๆ (ระบุ).....

(ชื่อ-นามสกุล ภาษาไทย).....

(ชื่อ-นามสกุล ภาษาอังกฤษ).....

เป็น ข้าราชการพลเรือนในสถาบันอุดมศึกษา พนักงานมหาวิทยาลัย

ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างมหาวิทยาลัย

วันที่เริ่มปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัย.....

กรณีลาออกแล้ว (ระบุวันลาออก).....

ตำแหน่ง.....เลขอัตรา.....

สังกัดฝ่าย.....

สาขาวิชา/งาน/หน่วยงาน.....

เงินเดือน จำนวนเงิน บาท/เดือน

ค่าตอบแทนสาขาขาดแคลน จำนวนเงิน บาท/เดือน

เงินเทียบเท่าประจำตำแหน่งเดือนละ จำนวนเงิน บาท/เดือน

เงินประจำตำแหน่งเดือนละ จำนวนเงิน บาท/เดือน

เงินค่าตอบแทน พ.ต.ส จำนวนเงิน บาท/เดือน

เงินค่าตอบแทนล่วงเวลา จำนวนเงิน บาท/เดือน

(สำเนาสลิป OT 3 เดือนย้อนหลัง)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท/เดือน

มีความประสงค์ขอนหนังสือรับรอง เงินเดือน/ปฏิบัติงาน/ ภาษาไทย จำนวน ฉบับ

แทนบัตรประจำตัว (แบบรูปถ่าย 1 นิ้ว จำนวน 1 รูป) ภาษาอังกฤษ จำนวน ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการ

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

หมายเหตุ การขอนหนังสือรับรองการทำงานเพื่อใช้เป็นหลักฐานการประกอบในการศึกษาต่อ ไม่ได้เป็นเครื่อง
แสดงว่า ศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน อนุมัติทุนในการศึกษา