

แบบคำขออนุญาตให้เดินทางในห้วงเวลาห้ามออกนอกเขตสถาน

วันที่.....

สังกัด.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน

ด้วย ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....ปฏิบัติงานด้านการแพทย์ และดูแลผู้ป่วย(เวรผลัด) จึงมีความจำเป็นต้องเดินทาง ไป-กลับ เพื่อปฏิบัติหน้าที่ในช่วงเวลา ๒๒.๐๐ - ๐๔.๐๐ น. ของวันรุ่งขึ้น

ข้าพเจ้า จึงขออนุญาตเดินทางในห้วงเวลาห้ามออกนอกเขตสถาน ดังกล่าว และขอหนังสือรับรองความจำเป็นในการเดินทาง ตามข้อกำหนดและประกาศที่ออกตามความในพระราชกำหนดการบริหารราชการในสถานการณ์ฉุกเฉิน พ.ศ. ๒๕๔๘ หรือ พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. ๒๕๕๘

(ลงชื่อ).....

(.....)

ผู้ขออนุญาต

(ลงชื่อ).....

(.....)

หัวหน้าสาขาวิชา/หัวหน้างาน

(ลงชื่อ).....

(.....)

รองผู้อำนวยการ/ผู้ช่วยผู้อำนวยการ

(ลงชื่อ).....

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์สุรสิทธิ์ ตั้งสกุลวัฒนา  
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ปัญญานันทภิกขุ ชลประทาน