**บันทึกข้อความ**

# **ส่วนราชการ** โรงพยาบาลตราด

# **ที่**  ตร 0032.203.1/ **วันที่**

**เรื่อง**

# เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด

 (ผ่าน) ............................................

ด้วยข้าพเจ้า.............................................................................ประเภท 🗆 ข้าราชการพลเรือนสามัญ

 🗆 ลูกจ้างประจำ 🗆 พนักงานราชการ 🗆 พนักงานกระทรวงฯ 🗆 ลูกจ้างชั่วคราว อื่น ๆ..............................................

ตำแหน่ง.................................................ระดับ............................ตำแหน่งเลขที่........................งาน...............................................

ฝ่าย/กลุ่มงาน................................................................... สังกัดโรงพยาบาลตราด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตราด รับอัตราเงินเดือน/ค่าจ้าง เดือนละ........................................บาท มีความประสงค์

( ) ขอหนังสือรับรองเงินเดือน ( ) ขอหนังสือรับรองความประพฤติ

( ) ขอหนังสือรับรองสวัสดิการไม่มีเงินฝาก ธอส. ( ) ขอหนังสือรับรองขอสินเชื่อกรุงไทยธนวัฏ

( ) ขอเปลี่ยนชื่อตัว / ชื่อสกุล ( ) ขอย้ายเปลี่ยนสายงาน / ย้ายต่ำกว่าระดับ

( ) อื่น ๆ ...................................................................

 เหตุผล..............................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................................................................

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

 ......................................................

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

 ตำแหน่ง.....................................................

 วันที่................../................../..............

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด

 ...................................................

 ...................................................

 ...................................................

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

 วันที่............/............../..............

ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชาเหนือชั้นขึ้นไป

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลตราด

 .....................................................

 .....................................................

 .....................................................

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

 วันที่............/............../................