

บันทึกข้อความ

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
รับวันที่.....
เลขที่.....
เวลา.....

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ฝ่าย/กลุ่มงาน/งาน.....โทร.....
ที่ อย ๐๐๓๒.๑/.....วันที่.....
เรื่อง ไม่ได้สแกนลายนิ้วมือ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ด้วยข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว อื่น ๆ
 ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานกระทรวงสาธารณสุข
ตำแหน่ง.....ฝ่าย/กลุ่มงาน.....
ไม่สามารถมาสแกนลายนิ้วมือในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.
ได้เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

- สาย
- สมควรอนุญาต
- อื่น ๆ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา(หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน)

.....

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

อนุญาต

.....