

แบบใบลาอุปสมบท

โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
วันที่.....
เลขที่.....
เวลา.....

เขียนที่ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาอุปสมบท

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้า นาย นาง นางสาว.....ตำแหน่ง.....

สังกัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา กระทรวงสาธารณสุข

เกิดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เข้ารับราชการเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า เคย ไม่เคย อุปสมบท บัดนี้มีศรัทธาจะอุปสมบทในพระพุทธศาสนา ณ วัด.....

สถานที่ตั้ง.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....กำหนดวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

และจำพรรษาอยู่ ณ วัด.....

สถานที่ตั้ง.....ถนน.....ตรอก/ซอย.....ตำบล/แขวง.....

อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....จึงขออนุญาตลาอุปสมบท มีกำหนด.....วัน

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คำสั่ง

อนุญาต ไม่อนุญาต

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

