



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลอุดรธานี โทร.....

ที่ อด ๐๐๓๓. / วันที่.....

เรื่อง ขอยกเลิกการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานที่กลุ่มงาน..... โรงพยาบาลอุดรธานี มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาการ
รับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว ตั้งแต่วันที่ เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....หน.กลุ่มงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....