



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลคอนสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขออนหนังสือรับรองเงินเดือน/การปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์

ด้วย.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขออนหนังสือรับรอง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

( ) เงินเดือน เพื่อ.....

( ) การปฏิบัติงาน เพื่อ.....

เพิ่มเติม.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นหัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน

ความเห็นของหัวหน้าฝ่ายบริหารทั่วไป

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

( ) -อนุมัติ

( ) -ไม่อนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลคอนสวรรค์