



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน/งาน.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ที่ ขย ๐๐๓๒...../พิเศษ วันที่.....

เรื่อง ขออนหนังสือรับรอง

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วย ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์จะให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ออกหนังสือรับรองให้เพื่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของเจ้าหน้าที่การเงิน.....

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....