



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลน้ำโสม อำเภอน้ำโสม จังหวัดอุดรธานี ๔๑๒๑๐
ที่ อด ๐๐๓๓.๓/พิเศษ วันที่เดือน.....พ.ศ.....
เรื่อง ขอนั่งสื่อบรรเทาเงินเดือน/รับรองการปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน้ำโสม

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ประเภท.....ระดับ.....สังกัด.....
อัตราเงินเดือน.....บาท เงินประจำตำแหน่ง.....บาท เงินค่าตอบแทนนอกเหนือเงิน
เดือน คือ เงิน พตส.บาท เงินค่าตอบแทนภาครัฐ.....บาท เงินไม่ทำเวชปฏิบัติ
.....บาท รวมรับทั้งสิ้น.....บาท(.....)

มีความประสงค์จะขอนั่งสื่อบรรเทาเงินเดือน/รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อ

๑.
๒.
๓.

วันที่เริ่มปฏิบัติงานครั้งแรก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป.

ลงชื่อ.....ผู้ขอ
(.....)

ตำแหน่ง.....
วันที่.....