



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์.....

โทรศัพท์ ๐๗๓๗๐๙๐๓๐ ต่อ ๔๔๔๘

ที่..... ๐ว๐๖๐๘.๑๒/..... วันที่.....

เรื่อง..... ขออนุญาตแลกเปลี่ยนเวร/มอบเวรให้.....

เรียน.....

ด้วย ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

แผนก..... มีความจำเป็น (ระบุเหตุผล).....

ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จึงขอ ☐ แลกเวร ☐ มอบเวรให้

นาย/นาง/นางสาว.....

ตำแหน่ง..... แผนก.....

ขึ้นปฏิบัติงานแทนข้าพเจ้าในวันที่..... เป็นเวร ☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ ดึก

(ระบุเวลา)..... และข้าพเจ้าจะปฏิบัติงานแทนในวันที่..... เป็นเวร

☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ ดึก (ระบุเวลา).....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แลกเปลี่ยนเวร/มอบเวรให้

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับแลกเปลี่ยนเวร/รับมอบ

ความเห็นของหัวหน้าแผนก ☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา ☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....