



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลกัลยาณิวัฒนาการุณย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์

โทรศัพท์ ๐๗๓๗๐๙๐๓๐ ต่อ ๔๔๔๘

ที่.....อว๖๖๘.๑๒/.....วันที่.....

เรื่อง.....ขอแลกเปลี่ยนวันอยู่เวร.....

เรียน รองคณบดีฝ่ายบริการสุขภาพ

ด้วย ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

มีความจำเป็น.....

ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ จึงขอ ☐ ขอเปลี่ยนเวร ☐ มอบให้

ตำแหน่งขึ้นปฏิบัติงานแทนข้าพเจ้าในวันที่.....

เป็นเวร ☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ ดึก และข้าพเจ้าจะปฏิบัติงานแทนในวันที่.....

เป็นเวร ☐ เช้า ☐ บ่าย ☐ ดึก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอเปลี่ยน/ผู้มอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับเปลี่ยน/ผู้รับมอบ

ความเห็นของหัวหน้าแผนก ☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าแผนก.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา ☐ อนุญาต

☐ ไม่อนุญาต

ลงชื่อ.....

(อ.นพ.ดิวิษ มุขมัตตาวุธ วาแม.)

ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายบริการสุขภาพ