

แบบฟอร์มลาอุปสมบท

เขียนที่ รพ.กัลยาณิวัฒนาการุณย์ มนร.

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ขอลาอุปสมบท

เรียน

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ เกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เข้ารับราชการเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. ข้าพเจ้า ☐ ไม่เคยอุปสมบท ☐ เคยอุปสมบท

บัดนี้ มีศรัทธาจะอุปสมบทในพระพุทธศาสนา ณ วัด.....

ตั้งอยู่.....

กำหนดวันที่..... เดือน..... พ.ศ. และจะจำพรรษาอยู่ ณ วัด.....

ตั้งอยู่.....

จึงขออนุญาตลาอุปสมบท มีกำหนด.....วัน

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

วันที่/...../.....

คำสั่ง () อนุญาต () ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)

(นายแพทย์ดิวิษ มุฮัมมัดดาอุด วาแม)

อาจารย์แพทย์

วันที่/...../.....