

เล่มที่ .....

เลขที่ .....

## แบบขออนุญาตใช้รถส่วนกลาง/รถรับรอง/รถรับรองประจำจังหวัด

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....

เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....ขออนุญาตใช้รถยนต์ (ไปไหน).....

เพื่อ..... มีคนนั่ง.....คน

ในวันที่..... เวลา..... น. ถึงวันที่..... เวลา..... น.

..... ผู้ขออนุญาต

(.....)

..... ตำแหน่ง

### ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่

เห็นควรให้ใช้รถยนต์หมายเลขทะเบียน..... มี .....

ตำแหน่งพนักงานขับรถยนต์ เป็นพนักงานขับรถยนต์ และเติมน้ำมัน.....ลิตร (.....)

เลขไมล์ที่เติมน้ำมัน.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

...../...../.....

### อนุญาต

(.....)

.....

...../...../.....