



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ขอลงเวลาปฏิบัติราชการ

เรียน ผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

ได้มาปฏิบัติราชการในวันที่ แต่ไม่ได้สแกนลายนิ้วมือเพื่อลงเวลาปฏิบัติราชการ

เข้า เวลา น.

ออก เวลา น.

ในการนี้ จึงแจ้งมาเพื่อเป็นหลักฐาน และขออนุญาตลงเวลาปฏิบัติราชการต่อไป

ลงชื่อ

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ พยาน

(.....)

ลงชื่อ หัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย /ศูนย์

(.....)

อนุญาต ไม่อนุญาต

.....

.....

ลงชื่อ

(.....)