



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายการพยาบาล ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี โทร. 10710

ที่ อว.8708.22/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนเวร

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ

ตามที่บุคลากรของงานการพยาบาล.....จำนวน.....คน
ได้รับเงินค่าตอบแทนเวรไม่ครบถ้วน ตามที่ได้รับอนุมัติให้เบิกเงินตามตารางการปฏิบัติงาน เนื่องจากเหตุผล
ดังต่อไปนี้

1. ไม่ได้สแกนลายนิ้วมือในเวลาปฏิบัติ
2. ตารางเวรที่ขออนุมัติไม่ถูกต้อง
3. กรณี อื่นๆ เช่น.....

ในการนี้ งานการพยาบาล.....ได้ดำเนินการตรวจสอบแล้ว
ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวปฏิบัติงานจริง / จัดทำเอกสารขออนุมัติเบิกเงินผิดจริง จึงขออนุมัติเบิกเงิน
ค่าตอบแทนเวรให้บุคคล เป็นเงิน.....บาท(.....)
ดังเอกสารแนบท้ายนี้ จำนวน.....ฉบับ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักขอบคุณยิ่ง

(.....)

หัวหน้างานการพยาบาล

(ดร.ประภาดา วัชรนาถ)

รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ ฝ่ายการพยาบาล