

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลหนองบุญมาก อำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา โทร.๐-๔๔๓๓-๐๑๐5 .

**ที่**  นม ๐๐๓3. /  **วันที่** .

**เรื่อง**  ขออนุมัติ .

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

.....................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

ผู้ขออนุมัติ..............................................................

(......................................................)

ตำแหน่ง..............................................................

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงาน...................................................

* เห็นควรอนุมัติ

(............................................................)

ตำแหน่ง.................................................................

หัวหน้ากลุ่มงาน...................................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก

- เพื่อโปรดพิจารณา

**🞎 นอกแผน 🞎 ในแผน**

**🞎 อนุมัติ 🞎 ไม่อนุมัติ**

…….…………………………………………..……………..……………

…………………………………………………..……………...…………

( )

ตำแหน่ง

วันที่ ...........................................................

**🞎 อนุมัติ 🞎 ไม่อนุมัติ**

(นางสาวจงรัก สุวรรณรัตน์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบุญมาก