

**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