



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ที่ สป.-

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติใช้เงินทดรองจ่าย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วย ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เงินบำรุงทดรองจ่าย เป็นค่า.....

.....

เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

เนื่องจาก

ไม่ให้เครดิต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

(ลงชื่อ).....

นางสาวพชรภัทร ธงศิลา

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา