



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ที่ สป ลงวันที่

เรื่อง ขอสลิปเงินเดือนประจำเดือน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วย ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ปัจจุบันเป็น

() ข้าราชการ () ลูกจ้างประจำ () พนักงานราชการ () พนักงานกระทรวงสาธารณสุข () ลูกจ้างชั่วคราว

รายวัน ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่ฝ่าย.....

สังกัดโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี เริ่มรับราชการ/เริ่ม

เข้าปฏิบัติงาน เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

อัตราเงินเดือน/รายวัน.....บาท

ค่าจ้าง/ค่าตอบแทนอื่นๆ.....บาท

มีความประสงค์ขอสลิปเงินเดือนเพื่อ.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา ลงนามในหนังสือรับรองเงินเดือนและเอกสารที่แนบเรียน
มาพร้อมนี้

ลงชื่อ.....ผู้ขอหนังสือรับรอง

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้บริหารโรงพยาบาล

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....