



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ที่ สบ

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่า.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ด้วยข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขออนุมัติเบิกค่า ..... จากเงิน .....

เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและอนุมัติ

( ลงชื่อ ).....

(.....)

ตำแหน่ง .....

อนุมัติ

( ลงชื่อ ).....

(นางสาวพชรภัทร ธงศิลา)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา