**บันทึกข้อความ**

FR-ADM-148 (เริ่มใช้ : มี.ค. 61)

**สำเนาคู่ฉบับ**

**ส่วนราชการ**  โรงพยาบาลกุดบาก กลุ่มงาน.......................................... โทรศัพท์ ๐ ๔๒๗๘ ๔๐๒๑ ต่อ ..........

**ที่**  สน ๐๐๓๒. ............/ **วันที่** ……………………………………………………

# **เรื่อง** ขออนุมัติไปราชการในเขตจังหวัด/นอกเขตจังหวัด เกิน 7 วัน

# เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสกลนคร

๑. เรื่องเดิม

ตามหนังสือ…………………………………………………………………. ที่ …………………………………………. ลงวันที่ ……………………………………… เรื่อง ...........................................................................................................

...................................................................................................ระหว่างวันที่........................................................ ณ.............................................................................................................................................................. นั้น

 จึงขออนุมัติไปราชการ ในวันที่ ................................................................. จำนวน............วัน ดังผู้มีรายชื่อต่อไปนี้

 1. ................................................................. ตำแหน่ง ..........................................................

2. ................................................................. ตำแหน่ง ..........................................................

3. ................................................................. ตำแหน่ง ..........................................................

 ๒. ข้อพิจารณาและข้อเสนอ

 โรงพยาบาลกุดบาก ได้พิจารณาแล้วเห็นว่าเป็นประโยชน์แก่บุคลากรผู้เข้ารับการอบรม และในการไปราชการครั้งนี้ ผู้เข้ารับการอบรมขอเบิก ( ) ค่าลงทะเบียน ( ) ค่าเบี้ยเลี้ยง ( ) ค่าเช่าที่พัก ( ) ค่าพาหนะ ( ) อื่น ๆ.............................................. เบิกจากเงินบำรุงโรงพยาบาลกุดบาก การเดินทางครั้งนี้เดินทางโดย ……………………………………………………………………………………

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ...............................................

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

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

**ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น** **ความเห็นของผู้บังคับบัญชา**

 เห็นควรอนุมัติ ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ...........................................................

 (............................................................) (นายธนวรรษ หาญสุริย์)

ตำแหน่ง.................................................... ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกุดบาก

**คำสั่ง**

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ