



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานบริหารทั่วไป สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร โทร. ๐ ๔๒๖๑ ๑๔๓๐

ที่ มท ๐๐๓๒.๐๐๑ /

วันที่

เรื่อง การเปลี่ยนตรวจเวรยามรักษาสถานที่ราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร

ตามที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ได้มีคำสั่งที่
ลงวันที่เดือน.....พ.ศ..... ให้ข้าพเจ้าตรวจเวรยามรักษาสถานที่ราชการ
ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... นั้น เนื่องจากข้าพเจ้า
.....ไม่สามารถตรวจ
เวรยามรักษาสถานที่ราชการในวันดังกล่าวได้ จึงมอบให้.....
ตำแหน่ง.....ตรวจเวรยามรักษาสถานที่ราชการแทนในวันดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ข้าพเจ้ายินดีตรวจเวรยามรักษาสถานที่ราชการแทน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....