 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลโคกเจริญ อ.โคกเจริญ จ.ลพบุรี โทร. ๐ 3679 5105-6

**ที่** ลบ ๐๐32.๓๐๑ / **วันที่**

**เรื่อง** ขอบ้านพักโรงพยาบาล

เรียน ประธานคณะกรรมการบ้านพักโรงพยาบาลโคกเจริญ

ข้าพเจ้า............................................................................ตำแหน่ง........................................ระดับ............................................................... ปฏิบัติงานที่ งาน/ฝ่าย..............................................................  
มีความประสงค์ขอบ้านและเข้าพักอาศัยในบ้านพักเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลโคกเจริญ ประเภท บ้านพักโสด  
 บ้านพักครอบครัว เนื่องจาก.....................................................................................................................  
....................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)……………………………………………………..  
 (..............................................................)

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

1. **ความเห็นผู้บังคบบัญชา ๒. มติคณะกรรมการบ้านพัก**  
   ......................................................... อนุญาต......................................................   
   ......................................................... .................................................................  
   ......................................................... .................................................................  
   ลงชื่อ................................................ ไม่อนุญาต................................................  
   (......................................................) ................................................................  
    ................................................................  
    ลงชื่อ......................................................  
    (.........................................................)

**๓. ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาล**

เห็นชอบ.................................................

ไม่เห็นชอบ.............................................  
 ลงชื่อ...................................................  
 (........................................................)