 **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...................................................
 (........................................................)