



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ..... โทร.....

ที่...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติ ☐ อาหารว่าง ประเภท กาแฟ พร้อมขนม
☐ อาหารกลางวัน
☐ น้ำผลไม้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน / หน่วยงาน.....มีความประสงค์จะเบิก

☐ อาหารว่าง ประเภท กาแฟ พร้อมขนม จำนวน.....ที่
☐ อาหารกลางวัน จำนวน.....ที่
☐ น้ำผลไม้ จำนวน.....ที่

สำหรับการประชุม / อบรม / สัมมนา เรื่อง.....

ในวัน.....ที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น. ณ ห้องประชุม

.....ชั้น.....อาคาร.....โรงพยาบาลเลิดสิน

ในการประชุม / อบรม / สัมมนา ครั้งนี้ ☐ ไม่มีบุคคลภายนอก ☐ มีบุคคลภายนอก

เข้าร่วมประชุมด้วย จำนวน.....คน จากหน่วยงาน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติในหลักการด้วย จะเป็นพระคุณ

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้มีอำนาจอนุมัติ

☐ อนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ

.....
...../...../.....