 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา โทร

**ที่** พง ๐๐๓๒ **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุญาตสับเปลี่ยนเวรยาม

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพังงา

 ตามคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ที่................./..................ลงวันที่.....................................

ได้แต่งตั้งให้ข้าพเจ้าให้อยู่เวรรักษาการณ์ /ตรวจเวรประจำสถานที่ราชการ ประจำวันที่ ................................นั้น

 ข้าพเจ้าไม่สามารถอยู่เวรรักษาการณ์ /ตรวจเวรประจำสถานที่ราชการ ในวัน และ เวลา ดังกล่าวได้

เนื่องจาก............................................................................................................................................................

..........................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................................

ดังนั้น จึงขอมอบหมายให้.............................................................เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่แทน

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

 ........................................................

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

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

 ผู้รับมอบ ........................................................

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

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

**คำสั่ง** ………………………………………………………………….

 ..............................................................

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

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