ใบขออนุมัติใช้รถยนต์ราชการ โรงพยาบาลลำพูน

งานยานพาหนะ

รับที่…………………………………………

วันที่………..…/…….………/…………เวลา

เวลา……………………………….…….…น.

# เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

 วันที่…....…………..…เดือน……………………………………….พ.ศ…………………………..

 ข้าพเจ้า…………………………………………………………………………………………...ตำแหน่ง………………………………………………………………………………..

หน่วยงาน……………………………………………………เบอร์โทร…………….……..…………..ขออนุมัติใช้รถยนต์ราชการเพื่อ ( ) ส่งผู้ป่วย CT ( ) **MRI** ( ) รักษาต่อที่..........................................................เกี่ยวกับโรค....................................................................................จำนวนผู้ป่วย..................คน ญาติผู้ป่วย................คน ( ) ไปราชการเพื่อ.....................................................สถานที่.........................................................จังหวัด.......................

จำนวนผู้โดยสาร.................................คน ในวันที่.....................................เวลา...................น.ถึงวันที่...........................................เวลา....................น. จุดรับผู้โดยสาร.............................................โดยมี...........................................................................................เป็นผู้ควบคุมรถ

 ………..……………………………………………………..ผู้ขออนุมัติ

ความเห็นหัวหน้างานยานพาหนะงานยานพาหนะ

 (…………………..…………………………………………)

 เห็นสมควรอนุมัติ โดยใช้รถยนต์หมายเลขทะเบียน……………………………….…โดยมี นาย...............................................เป็นพนักงานขับรถยนต์

 ……………………………………………………...หัวหน้างานยานพาหนะ

**เรียน ผอก. รพฯ**

 เพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

 **( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ**

 เหตุผล……………………………

 ………………………………………………………

 (……………………………..………………….…….)

FR-ADM-055 REV.1 1/ 02 / 57 **หมายเหตุ** กรณีไปราชการ 2 คนขึ้นไปให้ระบุรายชื่อผู้เดินทางด้านหลัง

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

งานยานพาหนะ

รับที่…………………………………………

วันที่………..…/…….………/………

เวลา……………………………….…….

ใบขออนุมัติใช้รถยนต์ราชการ โรงพยาบาลลำพูน

 เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำพูน

 วันที่…....………เดือน……………………………...พ.ศ…………………………..

ข้าพเจ้า……………………………………………………………………………………………………….ตำแหน่ง……………………………………………………

หน่วยงาน…………………………………………………………………เบอร์โทร.……..…………..ขออนุมัติใช้รถยนต์ราชการเพื่อ ( ) ส่งผู้ป่วย CT ( ) **MRI** ( ) รักษาต่อที่........................................................เกี่ยวกับโรค......................................................................จำนวนผู้ป่วย............................คน ญาติผู้ป่วย................คน..( ) ไปราชการเพื่อ....................................................................สถานที่.........................................จังหวัด.......................... จำนวนผู้โดยสาร........................คน ในวันที่.......................................เวลา...................น.ถึงวันที่....................................เวลา......................น. จุดรับผู้ดดยสาร..............................................................โดยมี..........................................................................เป็นผู้ควบคุมรถ

 …………..……………………………………………………..ผู้ขออนุมัติ

ความเห็นหัวหน้างานยานพาหนะงานยานพาหนะ

 (……………………..…………………………………………)

 เห็นสมควรอนุมัติ โดยใช้รถยนต์หมายเลขทะเบียน……………………………………โดยมี นาย......................................เป็นพนักงานขับรถยนต์

 …………………………………………...หัวหน้างานยานพาหนะ

**เรียน ผอก. รพฯ**

 เพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

 **( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ**

 เหตุผล……………………………

 .………………………………………………………

 (……………………………..……………………….)

FR-ADM-055 REV.1 1 / 02 / 57 **หมายเหตุ** กรณีไปราชการ 2 คนขึ้นไปให้ระบุรายชื่อผู้เดินทางด้านหลัง

## รายชื่อผู้เดินทางไปราชการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **หน่วยงาน** | **หมายเหตุ** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |

 \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*

## รายชื่อผู้เดินทางไปราชการ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **หน่วยงาน** | **หมายเหตุ** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |
| 6 |  |  |  |
| 7 |  |  |  |
| 8 |  |  |  |
| 9 |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |