



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทรศัพท์. 0 4302 1021 ภายใน

ที่ อว 0605.20/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติยกเว้นการสแกนลายนิ้วมือ

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

เนื่องด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

พร้อมด้วย.....ตำแหน่ง.....

สังกัด มีความประสงค์ขอยกเว้นการสแกนลายนิ้วมือ

เข้าปฏิบัติงาน เวลา..... เลิกงาน เวลา.....

ในวันที่ เนื่องจาก.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน(งานการเจ้าหน้าที่)

.....
.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....