



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 0-4302-1021 เบอร์ภายใน 7746  
ที่ อว 0605.20/ วันที่

เรื่อง ขออนหนังสือรับรองค่าตอบแทนนอกเวลาโรงพยาบาลสุทธาเวช

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....มีความประสงค์ขออนหนังสือรับรองค่าตอบแทนนอกเวลาของ  
โรงพยาบาลสุทธาเวช ประจำเดือน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)