



รับที่.....
วันที่.....
ผู้รับ.....เวลา.....น.

สทกรณ้อมทรัพย์วชิรพยาบาล จำกัด
แบบแสดงความจำนงขอแจ้งความประสงค์อื่น ๆ

เขียนที่
วันที่

เรียน ผู้จัดการ

1. ชื่อสมาชิก ตำแหน่ง
เลขทะเบียนสมาชิกที่ สังกัดโรงพยาบาล
โทรศัพท์ที่ทำงาน โทรศัพท์มือถือ.....
 2. ข้าพเจ้าขอแจ้งความประสงค์
-
.....
.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

..... ผู้ยื่นคำร้อง
(.....)