



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่..... วันที่.....

เรื่อง บุคคลภายนอกช่วยปฏิบัติราชการ ฯ ขอยกเลิกสัญญา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ด้วยข้าพเจ้า.....ได้ทำข้อตกลง

การช่วยปฏิบัติราชการ ประเภท

บุคคลภายนอกเพื่อเพิ่มศักยภาพการให้บริการของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

บุคคลภายนอกทางการสาธารณสุขของโรงพยาบาลราชพิพัฒน์

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่ ฝ่าย/กลุ่มงาน.....

เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....ได้รับค่าตอบแทน

วันละ/ชั่วโมงละ.....บาท มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาดังกล่าว ตั้งแต่วันที่.....

เนื่องจาก.....พร้อมนี้ได้แนบสำเนาบัตรประจำตัว

ประชาชนมาด้วยแล้ว จำนวน ๑ ฉบับ มาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา หากเห็นชอบมอบฝ่ายบริหารงานทั่วไปและสำเนาแจ้งฝ่ายงบประมาณ

การเงินและบัญชีดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....