

แบบชี้แจงการไม่ลงเวลาปฏิบัติราชการด้วยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ/ใบหน้า

เขียนที่ โรงพยาบาลพิมลราช

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอชี้แจงการไม่ลงเวลาปฏิบัติราชการด้วยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ/ใบหน้า

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิมลราช

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....สังกัด.....

ขอชี้แจงการไม่ลงเวลาปฏิบัติราชการด้วยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ/ใบหน้า

เข้าปฏิบัติราชการ

เลิกปฏิบัติราชการ

เข้าและเลิกปฏิบัติราชการ

เนื่องจาก.....

ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีกำหนด.....วัน

ข้าพเจ้าไม่ลงเวลาปฏิบัติราชการด้วยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ/ใบหน้า

ครั้งสุดท้ายตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....มีกำหนด.....วัน

**ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืนข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
คืนเงินแต่เพียงผู้เดียว**

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ).....

(.....)

สถิติการไม่ลงเวลาปฏิบัติราชการด้วยเครื่องสแกนลายนิ้วมือ/ใบหน้า

ในปีงบประมาณนี้

ขออนุญาตมาแล้ว (วันทำการ)	ขออนุญาตครั้งนี้ (วันทำการ)	รวมเป็น (วันทำการ)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

พยาน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....