 บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน....................................................................................................................................................

 วันที่…………………………………………………………………………….

เรื่อง ขออนุมัติแลกเปลี่ยนเวร / ยกเวรให้

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

 ด้วยข้าพเจ้า...................................................................ตำแหน่ง......................................ไม่สามารถขึ้นปฏิบัติงานได้ จึงขอแลกเปลี่ยนเวร / ยกเวรให้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน | ผู้ปฏิบัติงานแทน | ลงชื่อผู้ปฏิบัติงานแทน | เงื่อนไขในการแลกเปลี่ยน | ลงชื่อหัวหน้างาน |
| ยกเวรให้ | แลกเวร | วันที่ปฏิบัติงานแทน |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล ชื่อ..................................................

 เห็นควรอนุมัติ ( )

 ( ) อนุมัติ

หัวหน้ากลุ่มงาน...............................

 (นายประวีร์ คำศรีสุข)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

 บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน....................................................................................................................................................

 วันที่…………………………………………………………………………….

เรื่อง ขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงานส่งผู้ป่วยรักษาต่อ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

 ด้วยข้าพเจ้า...................................................................ตำแหน่ง.........................................................ได้ขึ้นปฏิบัติงาน.............................................................................................................................ดังรายละเอียดต่อไปนี้

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| วัน / เดือน / ปี | เวลา | รายชื่อผู้ป่วย | HN | โรงพยาบาลที่ส่งต่อ | หัวหน้าเวร |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

ลงชื่อ....................................................

 ( )

ลงชื่อ...............................................

 ( )

หัวหน้างาน......................................

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล

 เห็นควรอนุมัติ

 อนุมัติ

 ( )

หัวหน้ากลุ่มงาน...............................

 (นายประวีร์ คำศรีสุข)

 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล