 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โทร.๒๕๓๑

**ที่** อย.๐๐๓๓.๑๐๕/............... **วันที่**.............................................................

**เรื่อง** **เจ้าหน้าที่ไม่มาปฏิบัติงาน**

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

 ด้วย 🔿 นาย 🔿 นาง 🔿 นางสาว..........................................................ตำแหน่ง................................................

🔿ข้าราชการ 🔿พนักงานกระทรวงฯ 🔿 ลูกจ้างประจำ 🔿ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน 🔿 ลูกจ้างชั่วคราวรายวัน

ปฏิบัติงานที่.....................................................................................................🔿ไม่มาปฏิบัติงาน🔿ขอลาออก🔿เลิกจ้างตั้งแต่วันที่....................................................................สาเหตุเนื่องจาก..........................................................................................

..........................................................................................................................................................................................................

เห็นสมควรให้เลิกจ้าง และขอบุคลากรทดแทนในตำแหน่งดังกล่าว ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (..........................................)

 หัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน...........................................