

## ขออนุมัติใช้รถยนต์มูลนิธิโรงพยาบาลอุดรธานี

<b>งานยานพาหนะ</b>
เลขที่รับ.....
วันที่.....
เวลา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....  
 หน่วยงาน/ตึก/งาน.....โทร.....มีความประสงค์ขอใช้รถยนต์ไปที่  
 (สถานที่ไป).....อำเภอ.....จังหวัด.....  
 เพื่อ.....ในวันที่.....เวลา.....น.  
 ถึงวันที่.....เวลา.....น. จำนวนผู้โดยสาร.....คน ใช้รถ.....คัน  
 มอบให้.....เป็นผู้ควบคุมรถยนต์มูลนิธิโรงพยาบาลอุดรธานี ในครั้งนี้  
 จึงมอบให้ พชร. นำรถยนต์ไปรับที่.....เวลา.....น.  
 จึงขออนุญาตใช้รถยนต์ มูลนิธิโรงพยาบาลอุดรธานี  นอกเขต  ในเขต

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....หน.กลุ่มงาน/งาน (ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต  
 (.....) (.....)  
 (ตำแหน่ง)..... ตำแหน่ง.....

บันทึกเสนองานยานพาหนะ กลุ่มงาน บริหารทั่วไป โรงพยาบาลอุดรธานี

ผู้ควบคุมรถยนต์	สำหรับพนักงานขับรถ
ข้อเสนอ..... จัดรถยนต์หมายเลขทะเบียน..... <input type="checkbox"/> รถตู้ <input type="checkbox"/> รถกระบะ <input type="checkbox"/> รถพยาบาล (ลงชื่อ)..... (.....) หัวหน้ายานพาหนะ ...../...../.....	เดินทางจากโรงพยาบาลอุดรธานี เวลา.....น. เลขไมล์ก่อนออกเดินทาง..... กลับถึงโรงพยาบาล เวลา.....น. (ลงชื่อ)..... (.....) พนักงานขับรถ ...../...../.....
ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ/อื่นๆ ..... ..... .....	
ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทร.....	

อนุมัติ

.....