

แบบฟอร์มขออนุญาตใช้รถยนต์ส่วนบุคคลของโรงพยาบาลอุดรธานี

งานยานพาหนะ
เลขที่รับ.....
วันที่.....
เวลา.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี
 วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
 กลุ่มงาน/ตึก/งาน.....โทร.....มีความประสงค์ขอใช้รถยนต์ไปที่
 (สถานที่ไป).....อำเภอ.....จังหวัด.....
 เพื่อ.....ในวันที่.....เวลา.....น.
 ถึงวันที่.....เวลา.....น. จำนวนผู้โดยสาร.....คน ใช้รถ.....คัน
 มอบให้.....เป็นผู้ควบคุมรถยนต์ไปราชการในครั้งนี้
 จึงมอบให้พนักงานขับรถชื่อ.....นำรถยนต์ไปรับที่.....เวลา.....น.
 จึงขออนุญาตใช้รถยนต์ หมายเลขทะเบียน.....และ.....
 ขออนุญาตออก นอกเขต ในเขต กรณี เร่งด่วน กรณี ปกติ
 จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาอนุญาต

(ลงชื่อ)
 (.....)
 (ตำแหน่ง).....
 หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอผู้ป่วย/หัวหน้างาน

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
 (.....)
 (ตำแหน่ง).....

(ลงชื่อ)..... (.....) หัวหน้าหน่วยงานยานพาหนะ (ลงชื่อ)..... (.....) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
--

<input type="radio"/> อนุมัติ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติ (ลงชื่อ)..... (.....)/...../.....

เดินทางจากโรงพยาบาลอุดรธานี เวลา.....น. กลับถึงโรงพยาบาลอุดรธานี เวลา.....น. เลขไมล์ก่อนออกเดินทาง..... เลขไมล์กลับถึงโรงพยาบาล..... ข้อคิดเห็น/เสนอแนะ/อื่นๆ ผู้ประเมิน.....หน่วยงาน.....โทร.....

หมายเหตุ
 - ควรส่งใบขอใช้รถยนต์ ไม่น้อยกว่า ๑ วัน - ในกรณีใช้รถยนต์ไปเป็นหมู่คณะ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้ควบคุมรถยนต์ขณะไปราชการ
 - ในกรณีไปราชการ ออกนอกเขตจังหวัด ให้แนบต้นเรื่องทุกครั้ง และมีผู้โดยสารอย่างน้อย ๓ คน