แบบรับรอง ๑

ใบรับรองการมาปฏิบัติราชการ

วันที่ .....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

เรื่อง ขออนุญาตบันทึกเวลาปฏิบัติราชการ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... .....
ขออนุญาตบันทึกเวลาราชการในวันที่..... .....เวลา.....
เนื่องจาก..... .....
....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้รับรอง	**คำสั่ง**
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าในเวลาและวันที่ข้างต้นบุคคลดังกล่าวได้มาปฏิบัติราชการจริง ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงาน .... วันที่.....	☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต..... ..... ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ วันที่.....

กรณีลืมสแกนลายนิ้วมือหรือใบหน้าไม่ผ่าน หรือลืมสแกน
หมายเหตุ อนุญาตให้ใช้แบบฟอร์มนี้ ๑ ครั้งต่อเดือน