

แบบใบลาอุปสมบท

เขียนที่ โรงพยาบาลสตูล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอลาอุปสมบท

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดสตูล

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

ระดับ สังกัด

เกิดวันที่.....เดือน..... พ.ศ..... เข้ารับราชการเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ☐ ยังไม่เคย ☐ เคย อุปสมบท บัดนี้มีศรัทธาจะอุปสมบทในพระพุทธศาสนา
ณ ตั้งอยู่ ณ

หมายเลขโทรศัพท์ กำหนดอุปสมบท วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

และจะจำพรรษาอยู่ ณ ตั้งอยู่ ณ

จึงขออนุญาตลาอุปสมบท ตั้งแต่วันที่.....เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน.....
..... พ.ศ..... มีกำหนด.....วัน

(ลงชื่อ)

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

วันที่ / /

คำสั่ง

☐

อนุญาต

☐

ไม่อนุญาต

.....
.....

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่ / /