|  |  |
| --- | --- |
| คำอธิบาย: %E0%B8%9E%E0%B8%8D%E0%B8%B2%E0%B8%84%E0%B8%A3%E0%B8%B8%E0%B8%91 |  **บันทึกข้อความ** |

ส่วนราชการ ………โรงพยาบาลสตูล…………………………………………………………………………………….………………

ที่ สต ๐๐33/………………………………………............ลงวันที่ …………………………………………..…………………………..

เรื่อง ขอรายงานชี้แจงกรณีมาปฏิบัติราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตูล

ด้วย ข้าพเจ้า………………………………....ตำแหน่ง……........................กลุ่มงาน…………….……....ขอรายงานชี้แจงว่าในวันที่......................................... ข้าพเจ้ามาปฏิบัติงานและไม่ได้สแกนลายนิ้วมือเพื่อลงเวลาปฏิบัติราชการ

🞏 สแกนลายนิ้วมือลงเวลาปฏิบัติงาน

🞏 สแกนลายนิ้วมือออกเวลาปฏิบัติงาน

เนื่องจาก.................................................................................................................................

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

 ลงชื่อ...........................................................

 ( )

 ตำแหน่ง......................................................

 ลงชื่อ...........................................................ผู้รับรอง

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

 ตำแหน่ง......................................................