



**แบบเสนอขอเพิ่ม/เปลี่ยน การลงปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทนระหว่างปีงบประมาณ
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์**

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า (ศ./รศ./ผศ./ทพ./ทพญ)

มีความประสงค์ : ขอเพิ่มสถานที่/เปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน ปีงบประมาณ

ขอเพิ่ม/เปลี่ยนแปลงวัน/เวลาการปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน ปีงบประมาณ

โปรดระบุรายละเอียดลงในตาราง กรณีขอเพิ่ม/เปลี่ยนแปลงวัน/เวลาการปฏิบัติงานให้ระบุชื่อคลินิกเดิม

คลินิก/หน่วย	ระบุเฉพาะวันและเวลาของคลินิกที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม							ความเห็น	
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์	หัวหน้าคลินิก/ศูนย์/หน่วย	ความเห็นผู้จัดการคลินิก *(เฉพาะคลินิกทันตกรรมพิเศษ)
คลินิกเดิม.....	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	<input type="checkbox"/> เข้า	ความเห็น ลงชื่อ..... (.....) วดป.....	ความเห็น ลงชื่อ..... (.....) วดป.....
เปลี่ยนเป็นคลินิก.....	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย	<input type="checkbox"/> บ่าย		
ขอเพิ่มคลินิก.....	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น	<input type="checkbox"/> เย็น		

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วตป.....

<p>(สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยธุรการโรงพยาบาลทันตกรรม)</p> <p>เรียน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์</p> <p>เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขอเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ของ.....เลขที่ใบสมัคร.....</p> <p>ซึ่งหน่วยธุรการโรงพยาบาลได้ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว</p> <p align="right">ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....</p>	
<p>ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์</p> <p>เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์</p> <p>ได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็น.....</p> <p>.....</p> <p align="right">ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....</p>	<p>ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม</p> <p><input type="checkbox"/> อนุมัติ</p> <p><input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....</p> <p align="right">ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....</p>

*สำเนาเรียน องค์กรแพทย์และทันตแพทย์ / งานคลัง