แบบเสนอขอเพิ่ม/เปลี่ยน การลงปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน (สายสนับสนุน)

ระหว่างปีงบประมาณ .....

โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... สังกัด คลินิก/หน่วย.....

มีความประสงค์ :

☐ ขอ**เปลี่ยนเวลา** ลงปฏิบัติงาน จากเดิมเวลา.....น. ขอเปลี่ยนเป็นเวลา.....น.

☐ ขอ**เปลี่ยนสถานที่** ลงปฏิบัติงานจากเดิม คลินิก/ศูนย์/หน่วย.....

ขอเปลี่ยนเป็นคลินิก/ศูนย์/หน่วย.....

☐ ขอ **เพิ่ม** ○ สถานที่ ○ ช่วงเวลา ○ ตำแหน่ง ในการปฏิบัติงาน ดังนี้

คลินิก/ศูนย์/หน่วยงาน	ตำแหน่งที่สมัคร	วัน / เวลา		วัน / เวลา	
		วัน	ช่วงเวลา	วัน	ช่วงเวลา
.....	....	☐ จันทร์ ☐ อังคาร ☐ พุธ ☐ พฤหัสบดี ☐ ศุกร์	☐ 16.30 – 20.00 น. ☐ ช่วงเวลาอื่น	☐ เสาร์ ☐ อาทิตย์	☐ 08.30 – 12.00 น. ☐ 13.00 – 16.30 น. ☐ ช่วงเวลาอื่น .....

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นหัวหน้าคลินิก/ศูนย์/หน่วย	ความเห็นผู้จัดการคลินิกทันตกรรมพิเศษ *(เฉพาะคลินิกทันตกรรมพิเศษ)
.... ลงชื่อ..... วดป.....	.... ลงชื่อ..... วดป.....

สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยธุรการ โรงพยาบาลทันตกรรม

เรียน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์

เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขอเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ของ.....เลขที่ใบสมัคร.....

ซึ่งหน่วยธุรการ โรงพยาบาลทันตกรรมได้ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์	ความเห็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นสมควร ☐ รับรอง ☐ ไม่รับรอง เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....