



แบบเสนอขอเพิ่ม/เปลี่ยน การลงปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทนระหว่างปีงบประมาณ
โรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า (ศ./รศ./ผศ./อ./ทพ./ทพญ.)

ปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน ณ คลินิก/ศูนย์/หน่วย.....

มีความประสงค์ : ☐ ขอเพิ่มสถานที่/เปลี่ยนสถานที่ปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน ปีงบประมาณ
☐ ขอเพิ่ม/เปลี่ยนแปลงวัน/เวลาการปฏิบัติงานระบบค่าตอบแทน ปีงบประมาณ

โปรดระบุรายละเอียดลงในตารางให้ครบถ้วน

คลินิก/ศูนย์/หน่วย	ระบุเฉพาะวันและเวลาของคลินิกที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลง/เพิ่มเติม								ความเห็น	
	จันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์		หัวหน้าคลินิก/ศูนย์/หน่วย	ผู้จัดการคลินิก/ผู้ควบคุม คลินิก ศูนย์และหน่วย
กรณีขอเพิ่ม/เปลี่ยนสถานที่ ☐ เพิ่มคลินิก..... ☐ เปลี่ยนเป็นคลินิก.....	☐ เข้า	☐ เข้า	☐ เข้า	☐ เข้า	☐ เข้า	☐ เข้า	☐ เข้า		ความเห็น	ความเห็น
	☐ บ่าย	☐ บ่าย	☐ บ่าย	☐ บ่าย	☐ บ่าย	☐ บ่าย	☐ บ่าย			
	☐ เย็น	☐ เย็น	☐ เย็น	☐ เย็น	☐ เย็น			ลงชื่อ..... (.....) วคป.....	ลงชื่อ..... (.....) วคป.....	

ลงชื่อ.....ผู้สมัคร
(.....)
วคป.....

(สำหรับเจ้าหน้าที่หน่วยธุรการโรงพยาบาลทันตกรรม)	
เรียน รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์	
เพื่อโปรดพิจารณาการเสนอขอเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน ของ.....เลขที่ใบสมัคร.....	
ซึ่งหน่วยธุรการโรงพยาบาลได้ตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้ว	
ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ (.....) วันที่.....	
ความเห็น รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรมฝ่ายการแพทย์และทันตแพทย์	ความเห็นรองผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม คณะทันตแพทยศาสตร์ ได้ตรวจสอบแล้วมีความเห็นว่า..... ลงชื่อ..... (.....) วันที่.....	☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ เนื่องจาก..... ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทันตกรรม/ผู้ได้รับมอบหมาย วันที่.....