

เลขที่.....

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

161/1 ถนนรามวิถี ตำบลปอย่าง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 โดย.....

ตำแหน่ง.....ขออนุมัติยืมเงินสวัสดิการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่เบิกจากเงินงบประมาณ

ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1).....จำนวน บาท

2).....จำนวน บาท

3).....จำนวน บาท

รวมเป็นเงิน จำนวน บาท

รวมเป็นเงินตัวหนังสือ (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

ได้รับเงินจำนวน บาท เรียบร้อยแล้ว

(นายชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

(.....)

ตำแหน่ง.....