

เลขที่.....

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

161/1 ถนนรามวิถี ตำบลบ่อยาง

อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา 90000

วันที่.....เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 12 โดย.....

ตำแหน่ง.....ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12
เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายที่ไม่สามารถเบิกจ่ายจากเงินงบประมาณได้

ประกอบด้วยรายละเอียดดังนี้

1).....จำนวน บาท
2).....จำนวน บาท
3).....จำนวน บาท
รวมเป็นเงิน บาท

รวมเป็นเงินตัวหนังสือ (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(.....)

ตำแหน่ง.....

อนุมัติให้จ่ายเงินได้

ได้รับเงินจำนวน บาท เรียบร้อยแล้ว

(นายชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์)

(.....)

ผู้อำนวยการสำนักงานเขตสุขภาพที่ 12

ตำแหน่ง.....