

แบบใบขอยกเลิกวันลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอยกเลิกวันลา.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

ตามที่ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ.....สังกัด.....

ได้รับอนุญาตให้ลา.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....รวม.....วัน นั้น

เนื่องจาก ระบุเหตุผล.....

จึงขอยกเลิกวันลา.....ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่.....

เดือน.....พ.ศ.....จำนวน.....วัน

(ลงชื่อ).....

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

คำสั่ง

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....

ได้ยกเลิกวันลาให้แล้ว

(ลงชื่อ).....

ตำแหน่ง.....

วันที่...../...../.....