

ใบขออนุญาตใช้รถยนต์ส่วนบุคคล/รถรับรอง/รถรับรองประจำจังหวัด
ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน...นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....ขออนุญาตใช้รถ (ไปที่ไหน).....

เพื่อ.....

มีคนนั่งไปด้วย จำนวน.....คน ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เวลา.....น.

โดยมี.....พนักงานขับรถ

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

(ลงชื่อ).....หัวหน้ากลุ่มงาน

(.....)

...../...../.....

ความเห็นของผู้ควบคุมรถยนต์

รถยนต์หมายเลขทะเบียน..... อยู่ในสภาพ ☐ ใช้งานได้ ☐ ใช้งานไม่ได้

☐ เห็นควรอนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้ควบคุมรถยนต์

(.....)

ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งใช้รถยนต์

.....

.....

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติ

(.....)

หมายเหตุ - ให้ผู้ขออนุญาตใช้รถยนต์กรอข้อมูลนำเสนอเพื่อขออนุมัติ

- ห้ามมีพนักงานขับรถ นำรถยนต์ออกจากบริเวณงาน/สถานที่ปฏิบัติงาน

หรือติดต่อราชการ ก่อนได้รับอนุญาตจากผู้ใช้รถยนต์โดยเด็ดขาด

