



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน

ที่ มอ. วันที่

เรื่อง ขอรับรองบุคลากรเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน

เรียน หัวหน้างานเงินรายได้โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

คณะ..... ขอรับรองว่า.....เป็น

ข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย พนักงานเงินรายได้ ลูกจ้างประจำ

ในหน่วยงานของข้าพเจ้าจริง โดยมีอายุราชการ ปี

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ส่วนของหัวหน้างาน / หน่วยงาน

เรียน หัวหน้างาน/หน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า.....เกี่ยวข้องเป็น

ตนเอง

สามी/ภรรยา

บุตร

บิดา / มารดา

} ของข้าพเจ้าจริง

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และขอให้ลงนามรับรองเพื่อใช้สิทธิลดหย่อน ส่วนเกินสิทธิค่ารักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ลงชื่อ.....

(.....)