ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565

ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565

ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565

ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565

ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565

ใบขอแลกเวร/ยกเวร คลินิกพิเศษนอกเวลาราชการ

ชื่อ-สกุล.....ตำแหน่ง.....

SAP ID.....เบอร์ติดต่อ.....

วันที่ขอแลกเวร.....ชื่อคลินิกพิเศษ.....

รหัสคลินิก.....สถานที่.....

ผู้รับเวรเขียนชื่อ-สกุล ..... SAP ID.....

ลงชื่อผู้ขอแลก.....วันที่.....เวลา.....

ส่งใบแลกเวรล่วงหน้าตามประกาศฉบับที่ 3/2554 โปรดเขียนตัวบรรจง (เพื่อเป็นหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคลินิกพิเศษฯ) งานบริหารคลินิกพิเศษ โทร.95073-4 Update 3 ต.ค.2565