 **บันทึกข้อความ** **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โทร

**ที่** อว /  **วันที่** วัน เดือน ปี

**เรื่อง** ขออนุมัติทำบัตรประจำตัวบุคลากรคณะสหเวชศาสตร์

เรียน คณบดีคณะสหเวชศาสตร์ (ผ่าน.....................................)

ชื่อภาษาอังกฤษ

เนื่องด้วย กระผม/ดิฉัน ............................................ (............................................................) พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง............................................ สังกัด...................................... คณะสหเวชศาสตร์ มีความประสงค์ขออนุมัติทำบัตรประจำตัวบุคลากร

กรณี ( ) ขอมีบัตรใหม่ เนื่องจาก บรรจุใหม่ บัตรสูญหาย บัตรชำรุด

( ) ขอเปลี่ยนบัตร เนื่องจาก เปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนสกุล

ข้อมูลไม่ถูกต้อง คือ ..........................................................................................

โปรดระบุเหตุผล/พื้นที่ที่ใช้/ห้องที่ใช้

( ) ขอใช้บัตรสำรอง เพื่อ...............................................................................................

................................................................................................................................

จำนวน..............ใบ ตั้งแต่วันที่...................................ถึงวันที่...................................

โดยมีผู้รับผิดชอบจัดเก็บบัตรสำรอง ได้แก่ .............................................................

และจะส่งคืนบัตรสำรองให้แก่คณะฯ ทันทีเมื่อสิ้นสุดระยะเวลาที่ได้รับอนุญาตหรือเมื่อได้รับบัตรประจำตัวบุคลากรฉบับจริง และยินดีชดใช้ค่าเสียหายกรณีที่บัตรสำรองสูญหายหรือชำรุดเนื่องจากการใช้งานที่ไม่เหมาะสม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(........พิมพ์ชื่อเต็ม........)

ตำแหน่ง