 **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