FR.GEM.002/65

เลขที่.....

ใบขอใช้รถพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์

ด้วย นาย/นาง/นางสาว.....ตำแหน่ง.....
หน่วยงาน.....โทร.....โดยมีพยาบาลนำส่งผู้ป่วย คือ
๑. นาย/นาง/นางสาว.....
๒. นาย/นาง/นางสาว.....
มีความประสงค์จะขอใช้รถพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ เพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปที่.....
อำเภอ.....จังหวัด.....ในวันที่.....เวลา.....น.
ถึงวันที่.....เวลา.....น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต
(.....)

(๑) เห็นควรอนุญาต และมอบหมายให้ นาย.....เป็นพนักงานขับรถ เลขทะเบียนรถยนต์..... (ลงชื่อ)..... (.....) หัวหน้างานยานพาหนะ	(๒) เพื่อโปรดพิจารณา และเห็นควร ( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต ..... (ลงชื่อ)..... (.....) หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป
(๓) **คำสั่ง** ( ) อนุญาต ( ) ไม่อนุญาต (ลงชื่อ)..... (.....) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	
(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติแบบฟอร์ม (นายสุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์	