

ใบสมัครเข้าร่วมประชุม / อบรม/สัมมนา/ระยะสั้น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอสมัครเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา/ระยะสั้น

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลปากพะยูน

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อ.....สกุล.....ตำแหน่ง.....

ฝ่าย.....

หน้าที่รับผิดชอบ.....

ข้อมูลการสมัครเข้าร่วมประชุม / อบรม / สัมมนา

๑. ขอสมัครเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เรื่อง.....

๒. กำหนดระยะเวลาประชุม/อบรม/สัมมนา ระหว่างวันที่.....

๓. สถานที่จัดประชุม/อบรม/สัมมนา.....

๔. งบประมาณที่ใช้ในการเข้าร่วมประชุมฯ เบิกจาก.....จำนวนเงิน.....

๕. ในปีงบประมาณนี้เคยได้รับอนุมัติให้เข้าร่วมประชุมฯมาแล้ว.....ครั้งจำนวนเงิน.....บาท  
ครั้งนี้เป็นครั้งที่.....

ครั้งที่ ๑ เรื่อง.....

ครั้งที่ ๒ เรื่อง.....

๖. คาดว่าการเข้าร่วมประชุมฯมาแล้ว.....ครั้งจะมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานในหน้าที่ราชการคือ

๖.๑ .....

๖.๒ .....

ลงชื่อ .....ผู้สมัคร

(.....)

๗. การพิจารณาของหัวหน้าฝ่ายของผู้สมัคร.....

ลงชื่อ .....หัวหน้าฝ่าย /แผนก

(.....)

๘. การตรวจสอบคุณสมบัติ (สำหรับผู้รับชอขงานฝึกอบรม)

( ) ผู้สมัครมีคุณสมบัติครบถ้วน เห็นควนอนุมัติให้สมัครเข้าร่วมประชุมฯ ได้

( ) ผู้สมัครขาดคุณสมบัติ คือ.....

ลงชื่อ .....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

๙. การพิจารณาของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ .....ผู้อนุมัติ

(.....)

...../...../.....