

ใบอนุญาตไ้รยยนต์กลาง
โรงพยาบาลสตหีบ กม.10 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

เลขที่

//

เวลา:

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสตหีบ กม.10

ข้าพเจ้า

ขออนุญาตไ้รยยนต์ (ไปที่ไหน)

เพื่อ

ในวันที่

เวลา

น.

ถึงวันที่

มีค่นนั่ง

คน

เวลา

น.

รายชื่อผู้่นั่ง

1.

(ลงชื่อ)

ผู้ขออนุญาต

2.

(

)

3.

4.

(ลงนามผู้มีอำนาจสั่งไ้รย)

5.

ทะเบียน พจร.

วันที่ออกจริง. เวลา ออกจริงน.

วันที่กลับมาถึงจริง เวลา ถึงจริงน.

เลขระยะทางก่อนออกจาก รพ.

เลขระยะทางเมื่อกลับมาถึง รพ.

***** ขอขอบคุณครับ *****