



คำรับรองของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....กลุ่มงาน.....

ขอรับรองข้อความในข้อ ๑,๒และข้อ ๓. เป็นความจริง

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อรับรองไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(.....)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการบ้านพัก

- สมควรอนุมัติ โดยให้เข้าพัก.....
- ไม่สมควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ประธานคณะกรรมการบ้านพักอาศัย

ความคิดเห็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

- อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านลาออก,ย้ายออกหรือถูกให้ออกจากบ้านพักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ทำการส่งคืนห้องภายใน ๑๕ วัน