

แบบใบคำร้องขอเข้าพักอาศัยบ้านพักของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

เขียนที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วันที่เดือน..... พ.ศ.

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง ระดับ

ข้าราชการ

ลูกจ้างประจำ

พนักงานราชการ

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข

ลูกจ้างชั่วคราวรายเดือน

ลูกจ้างชั่วคราวรายค่า

อื่นๆ.....

อัตราเงินเดือนฯลฯ.....บาท ปฏิบัติราชการที่ก่อภาระ.....

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาตั้งแต่ วันที่เดือน พ.ศ.

๑. อาศัยอยู่เลขที่..... หมู่..... ตำบล

อำเภอ..... จังหวัด..... (แบบสำเนาบัตรประชาชนและทะเบียนบ้าน)

บ้านของตนเอง

พักอาศัยอาศัยกับพ่อ-แม่ พี่น้อง ญาติ

เช่าอยู่อาศัย อัตราค่าเช่าเดือนละ.....บาท (พร้อมทั้งแบบเอกสารสัญญาเช่าหรือใบเสร็จรับเงิน)

อื่นๆ ระบุ.....

ระยะทางในการเดินทางจากที่พักอาศัย มากยังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจำนวน กิโลเมตร
เดินทางโดย รถยนต์ส่วนตัว

รถประจำทาง

อื่นๆระบุ.....

ข้าพเจ้าขอแสดงความจำนงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อขอเข้าพักอาศัยในอาคารบ้านพักของ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บ้านพักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(ห้องศูนย์เวชปฏิบัติโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา)

บ้านพักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(ห้องสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา)

๒. ข้าพเจ้าขอเรียนเหตุผลและความจำเป็นในการขอพักเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๒.๑

๒.๒

๒.๓

๓. ลักษณะการขอเข้าพักอาศัย

โสด สามารถพักอาศัยกับผู้พักอาศัยท่านอื่น

ครอบครัว (แบบสำเนาทะเบียนสมรส ,เอกสารรับรองบุตร) จำนวน.....ท่าน ดังนี้

๑. เกี่ยวข้องเป็น.....

๒. เกี่ยวข้องเป็น.....

๓. เกี่ยวข้องเป็น.....

- ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามระเบียบสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยาว่าด้วยการเข้าพักอาศัยในบ้านพัก พ.ศ.
๒๕๖๐ โดยเครื่องครดิ

- ข้าพเจ้าจะพักอาศัยในบ้านพัก ไม่ต่ำกว่า ๑๕ วันต่อเดือน

หากไม่ปฏิบัติตามคณะกรรมการมีสิทธิสามารถเพิกถอนสิทธิการเข้าพักอาศัย และทำการส่งคืนห้องพักภายใน ๑๕ วัน

ลงชื่อ..... ผู้มีอำนาจร้อง

(.....)

/คำรับรอง...

คำรับรองของผู้บังคับบัญชา rate ดับตัน

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

ขอรับรองข้อความในข้อ ๑,๒ และข้อ ๓. เป็นความจริง

เพื่อเป็นหลักฐานข้าพเจ้าจึงได้ลงลายมือชื่อเพื่อรับรองไว้เป็นสำคัญ

ลงชื่อ..... ผู้รับรอง

(.....)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการบ้านพัก

สมควรอนุมัติ โดยให้เข้าพัก.....

ไม่สมควรอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ประธานคณะกรรมการบ้านพักอาศัย

ความคิดเห็นนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายยุทธนา วรรณโพธิ์กลาง)

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

หมายเหตุ : ในกรณีที่ท่านลาອอก ย้ายออกหรือถูกให้ออกจากบ้านพักสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพระนครศรีอยุธยา ให้ทำการส่งคืนห้องภายใน ๑๕ วัน