



แบบฟอร์มขออนุญาตขอใช้ ระบบ Video Conference
โรงพยาบาลเกาะกูด อำเภอเกาะกูด จังหวัดตราด

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการ

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โรงพยาบาลเกาะกูด ขออนุญาตใช้ระบบ Video Conference

ในวันที่ เวลา น. ถึงเวลา น.

เพื่อ

ตามหนังสือเลขที่..... (แนบสำเนาหนังสือ)

(ลงชื่อ).....ผู้ขออนุญาต

(.....)

ตำแหน่ง.....

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ

(นายวัชร ทับศรี)

นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลเขาสมิง

ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเกาะกูด

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกาะกูด