 **บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาล....................................กลุ่ม/ฝ่าย......................................โทร.............................

**ที่**  **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติแลกเปลี่ยนหรือขึ้นปฏิบัติงานแทนเวรนอกเวลาราชการและวันหยุดราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล.......................................................

ตามคำสั่งโรงพยาบาล........................... ที่............../.....................ลงวันที่................................. ได้มอบหมายให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการและในวันหยุดราชการ ประจำเดือน........................

พ.ศ. ......................นั้น

ด้วย ข้าพเจ้า...............................................................ตำแหน่ง............................................ต้องปฏิบัติหน้าที่ในเวร.................................................ของวันที่.............เดือน.........................พ.ศ. ..................ตั้งแต่เวลา............................น. ถึงเวลา..........................น. มีเหตุจำเป็นเร่งด่วน/ไม่สามารถขึ้นปฏิบัติงาน ตามเวรดังกล่าวได้ เนื่องจาก (ระบุเหตุผล)...........................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าว ข้าพเจ้า มีสิทธิ ไม่มีสิทธิ เบิกค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาฯ

จึงขออนุมัติให้ ........................................................ตำแหน่ง.....................................................

ขึ้นปฏิบัติงานแทน

แลกเปลี่ยนเวร โดยข้าพเจ้าจะอยู่เวรชดใช้ในวันที่...................เดือน..........................

พ.ศ. ...................... ตั้งแต่เวลา............................น. ถึงเวลา..............................................น.

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ..........................................ผู้ขออนุมัติ

(...........................................)

ลงชื่อ..........................................ผู้ยินยอม/ผู้แลกเปลี่ยน

(...........................................)

ความเห็นหัวหน้างาน ความเห็นหัวหน้ากลุ่ม/ฝ่าย **คำสั่ง**

……………………………. ……………………………. อนุมัติ

ลงชื่อ ……………………………. ลงชื่อ ……………………………. ไม่อนุมัติ

(..................................) (..................................) ลงชื่อ.....................................

ตำแหน่ง................................ ตำแหน่ง................................... (....................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้รับมอบอำนาจ

**-ตัวอย่าง-**