

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลอุตรดิตถ์ กลุ่มงาน โทรศัพท์ เบอร์ภายใน .

**ที่** อต ๐๐๓3.๑๐๓.๓/  **วันที่** เดือน พ.ศ. .**เรื่อง** ขออนุมัติใช้รถยนต์ส่วนตัวเดินทางไปราชการ และเบิกค่าน้ำมันเชื้อเพลิงไปราชการ .

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

 ด้วย ข้าพเจ้า .....................................................ตำแหน่ง........................................................ กลุ่มงาน/ฝ่าย...................................................มีความประสงค์เดินทางไปราชการ ณ จังหวัด............................ เพื่อเข้าร่วมประชุม/อบรม/สัมมนา เรื่อง............................................................................................................. ระหว่างวันที่ .......................................................ในการเดินทางครั้งนี้ ได้มีผู้ร่วมเดินทางจำนวน ...............ราย.ดังนี้ 1.................................................ตำแหน่ง ......................................กลุ่มงาน............................................. 2.........................................................ตำแหน่ง ......................................กลุ่มงาน.............................................3.........................................................ตำแหน่ง ......................................กลุ่มงาน.............................................4.........................................................ตำแหน่ง ......................................กลุ่มงาน............................................. และอนุมัติใช้รถยนต์ส่วนตัวยี่ห้อ.................................สีรถ.............. หมายเลขทะเบียน .................................เป็นเวลา..............วัน โดยมีระยะทาง .......................กิโลเมตร (ไป-กลับ) รวมเป็น..............................กิโลเมตร กิโลเมตรละ .....................บาท รวมเป็นเงินทั้งสิ้น .................................................บาท (......................................................................)

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกค่าน้ำมันเชื้อเพลิงไปราชการครั้งนี้

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

 ( )

 ตำแหน่ง ...........................................

ความเห็นหัวหน้ากลุ่มงาน/ฝ่าย

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

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

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

**อนุมัติ**

(นายอายุส ภมะราภา)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ ปฏิบัติราชการแทน

ผู้ว่าราชการจังหวัดอุตรดิตถ์

**\*\*\*หมายเหตุ เดินทางคนเดียว 2 บาท เดินทาง 2 คน ขึ้นไป 4 บาท\*\*\***