

ส่วนการเจ้าหน้าที่

 ที่ อว57450001/.............…/2563

 วันที่……..........................…………...

# แบบขออนุมัติไปปฏิบัติงานนอกพื้นที่

เรียน คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์

 ข้าพเจ้า………………………................................………...…ตำแหน่ง…………...............……...….. หลักสูตร เทคนิคการแพทย์ สังกัด สำนักวิชาสหเวชศาสตร์ ขออนุมัติเข้าร่วม ❑ ฝึกอบรม ❑ สัมมนา ❑ ประชุมทางวิชาการ ❑ ประชุมเชิงปฏิบัติการ ❑ ดูงาน

 ❑ เสนอผลงานทางวิชาการ ❑ อื่น ๆ Other (โปรดระบุ) ......………………………………………….

เรื่อง / หลักสูตร … …………………………………………………………………………………………………………….......................................................................…………………

ระหว่างวันที่…………………………………………………ถึงวันที่……………………..………………………..…..สถาบัน/หน่วยงานที่จัด………………………….…….……………………

จังหวัด...…...........................……...…..……โดยออกเดินทางในวันที่…………………………………………….……..ถึงวันที่………………………………………………….………....…

**ประมาณการค่าใช้จ่ายรวม** โดยขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายจาก (**กรุณาระบุให้ชัดเจน**)

จากแผนงานกิจกรรมหลัก (ระบุชื่อแผนงาน)…………………………………………………………...........................................................…………………………………………………

 รหัสกองทุน………………............………..รหัสหน่วยงาน…………................…………….รหัสแผนงาน.…....................…………………………………..……

 ❑ ค่าลงทะเบียน….……………..… บาท ❑ ค่าพาหนะ…..……………….……บาท ❑ ค่าที่พัก………………..…… บาท

 ❑ ค่าเบี้ยเลี้ยง…………………..… บาท ❑ อื่น ๆ (โปรดระบุ)…………………….บาท  **รวมค่าใช้จ่ายทั้งหมด ……………..………….บาท**

**มีพนักงานร่วมเดินทางไปปฏิบัติงาน และมีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อคน ดังนี้ (ตามเอกสารแนบ)**

 1. ชื่อ - สกุล….……………………………….......................……….………….ตำแหน่ง………..……...………….สังกัด……………..…..………… ค่าใช้จ่าย…………..……..….บาท

 2. ชื่อ - สกุล….………………………………........................………………….ตำแหน่ง……………..…………….สังกัด……….…...…..………… ค่าใช้จ่าย………….………….บาท

 3. ชื่อ - สกุล….……………………........................…………………………….ตำแหน่ง……………..…………….สังกัด………… ……..………… ค่าใช้จ่าย……………….…….บาท

 4. ชื่อ - สกุล….…………………………………………...........................…….ตำแหน่ง……………..…………….สังกัด…………….…..………… ค่าใช้จ่าย……………….…….บาท

**เหตุผลความจำเป็นในการขออนุมัติ**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………….…...……………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………….……...……….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…....………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………...…………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

ลงชื่อ………………………………………..……….ผู้ขออนุมัติ

(……………………………………….……………………………..)

วันที่............/....................................../............................

## ความเห็นของผู้บังคับบัญชาสูงสุด

* อนุมัติ
* ไม่อนุมัติ เพราะ……………………………………………………..……………….

…………………………………………………………………………………………..…………

 ลงชื่อ…………………………………………………………….

 (รองศาสตราจารย์ ดร.จิตรบรรจง ตั้งปอง)

 คณบดีสำนักวิชาสหเวชศาสตร์ วันที่……..…./…………….………./……………….

## ความเห็นของผู้บังคับบัญชาเบื้องต้น

 ………………………………………………………………………………….………………

 ………………………………………………………………………………….………………

 ………………………………………………………………………………….………………

ลงชื่อ……………………............………………........

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ สาระกุล)

หัวหน้าสาขาวิชาเทคนิคการแพทย์

วันที่………./………………………………./………………