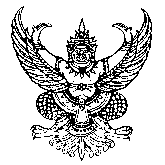
****

**บันทึกข้อความ**

ส่วนราชการ กลุ่มงาน...............................................................................สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ที่ ชย ๐๐๓๓......................./พิเศษ วันที่.......................................................................................

เรื่อง ขอหนังสือรับรองเงินเดือน

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วยข้าพเจ้า........................................................ตำแหน่ง.......................................................

มีความประสงค์จะให้ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ออกหนังสือรับรองให้เพื่อ........................................

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต

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

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

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

ความเห็นของเจ้าหน้าที่การเงิน.....................................................................................................................

เบอร์โทรติดต่อกลับ...............................................