

แบบใบขอยกเลิกวันลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.๒๕.....

เรื่อง ขอยกเลิกวันลา

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามที่ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

สังกัด.....

ได้รับอนุญาตให้ลา.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... รวม..... วัน นั้น

เนื่องจาก (ระบุเหตุผล).....

จึงขอยกเลิกวันลาจำนวน.....วัน

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่.....

ขอแสดงความนับถือ

(ลงชื่อ)

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

(ตำแหน่ง)

วันที่.....

คำสั่ง

อนุญาต

ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)

(.....)

(ตำแหน่ง).....

วันที่