

ใบรับรองเวลาการปฏิบัติงาน

No. _____

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. 25 _____

ข้าพเจ้า (นาย,นาง,นางสาว) _____ ตำแหน่ง _____

ขออนุญาตบันทึกเวลา เข้า การปฏิบัติงาน ออก การปฏิบัติงาน เข้า - ออก การปฏิบัติงาน

ในวันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ เนื่องจาก

ลืม Scan นิ้วมือ Scan ไม่ได้ ไม่มีสายนิ้วมือ คอมพิวเตอร์เสีย ไฟฟ้าดับ

ทำงานนอกสถานที่ งานที่ทำ _____
ณ _____

ประชุม/อบรม/สัมมนา ชื่อหลักสูตร _____
ณ _____

อื่น ๆ (โปรดระบุ) _____

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณารับรองเวลาการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ..... (.....) บุคลากรผู้ขอ ว.ค.ป.....	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ในวันที่ข้างต้น บุคคลดังกล่าวได้มาปฏิบัติงานจริง ลงชื่อ..... (.....) ผู้อำนวยการชั้นต้น ว.ค.ป.....
--	---

- หมายเหตุ**
1. การรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น กรณีปฏิบัติงานประจำที่หลักสูตรได้ประสานหลักสูตรรับรอง/กรณีเป็นหัวหน้างานให้ประสานการคณะฯ รับรอง/กรณีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ณ งานต่างๆ ของสำนักงานสาธารณสุข ให้หัวหน้างานนั้น ๆ รับรอง
 2. ให้อื่นแบบฟอร์มนี้ ภายใน 5 วันทำการ หลังจากมิได้ทำการพิมพ์เกอร์สแกน โดยสามารถตรวจสอบรายงานการลงเวลาได้ทุกวัน ที่ www.science.mju.ac.th และสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มนี้ ได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว และจัดส่งใบรับรองที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วไปยัง หัวหน้างานบริหาร庶務การ