

โรงพยาบาลสิรินธร
ใบอนุญาตใช้รถส่วนบุคคล

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตใช้รถ(ไปที่ไหน).....

เพื่อ..... มีคนนั่ง.....คน

ในวันที่..... เวลา.....น.

ถึงวันที่..... เวลา.....น.

ลงชื่อ.....ผู้ขออนุญาต

()

.....หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้ากลุ่มงาน

.....(วัน เดือน ปี)

.....
(ลงนามผู้มีอำนาจสั่งใช้รถ).....

...../...../.....

บันทึกการใช้รถ

แบบ ๔

ประจำวันที่

รถหมายเลขทะเบียน.....

| ลำดับที่ | ออกจาก รพส. | ผู้ขอใช้รถ | สถานที่ไป | ระยะ กม./ ไมล์ | กลับถึง รพส. | ระยะ กม./ ไมล์ | รวมระยะทาง | พนักงานขับรถ | หมายเหตุ |
|----------|-------------|------------|-----------|----------------|--------------|----------------|------------|--------------|----------|
| | เวลา | | | ออกจาก รพส. | เวลา | ถึง รพส. | กม./ ไมล์ | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

ขอรับรองว่ารายงานการใช้รถยนต์ส่วนกลางดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริง

ลงชื่อ.....ผู้ขับรถยนต์