



โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี
โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ที่ ศธ.๐๕๑๗.๐๖๗/

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเคราะหฺยกว่ํค่าบริการรถ Ambulance ของโรงพยาบาลรามาธิบดี

เรียน ผู้อํานวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

ด้วย..... ตำแหน่ง.....HN..... มี
ความประสงค์ขออนุมัติใช้รถพยาบาลเพื่อ.....
.....ในวันที่.....ในการนี้ จึงขออนุมัติเคราะหฺยกว่ํ
ค่าบริการรถ Ambulance ของโรงพยาบาลรามาธิบดี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(.....)

.....

เรียน คณบดี

โปรดพิจารณา และให้ความอนุมัติด้วย
จะเป็นพระคุณยิ่ง

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จริยา วิริยะสุกร)

ผู้อํานวยการโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี