

ใบขอรับบริการ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ออกหน่วยปฐมพยาบาล  
ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ที่ ศบ ...../.....

เรื่อง ขอรับบริการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ออกหน่วยปฐมพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สิ่งที่แนบมาด้วย สำเนาโครงการ/กำหนดการ/โปรแกรมการแข่งขัน

ด้วย(ชื่อหน่วยงาน).....มีความประสงค์ขอรับบริการ

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่  ออกหน่วยปฐมพยาบาล

ในโครงการ/กิจกรรม.....

กำหนดจัดกิจกรรมในวันที่.....ถึงวันที่.....

โดยให้เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา.....ถึงเวลา.....สถานที่จัดกิจกรรม.....

มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวนประมาณ.....คน

มีรูปแบบกิจกรรม  การอบรม/สัมมนา  กิจกรรมวอล์คแรลลี่  
 การแข่งขันกีฬา  อื่นๆ(ระบุ).....  
 ค่ายวิชาการ

ในการนี้ จึงขอรับบริการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ / ออกหน่วยปฐมพยาบาล โดยมอบหมายให้ นาย/นาง/นางสาว

.....เป็นผู้ประสานงาน เบอร์โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....ผู้รับผิดชอบโครงการ

.....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

\*\* หมายเหตุ กรณีโครงการของนักศึกษา ต้องผ่านความเห็นชอบของหัวหน้าส่วนกิจการนักศึกษา

ความเห็นผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

.....  
.....

หน่วยงานต้นสังกัดรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

.....

( นายแพทย์จรัส จันทร์ตระกูล )

ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

วันที่.....