 ชื่อภาควิชา/หน่วยงาน

คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทร. หมายเลขโทรศัพท์ของภาควิชา/หน่วยงาน

ที่ เลขที่หนังสือออกของภาควิชา/หน่วยงาน

วันที่

เรื่อง ขอชี้แจงเหตุผล กรณีไม่สามารถเข้าร่วมโครงการสานสัมพันธ์บุคลากรสายสนับสนุน

เรียน คณบดี (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร)

 ด้วย ข้าพเจ้า คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล ผู้ขอชี้แจงฯ ตำแหน่ง ชื่อตำแหน่ง สังกัด ชื่อภาควิชา/งาน/หน่วย คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการสานสัมพันธ์บุคลากรสายสนับสนุน ระหว่างวันที่ 30 – 31 พฤษภาคม 2567 ได้ เนื่องจาก โปรดระบุเหตุผล รายละเอียดตามเอกสารที่แนบมานี้ (ถ้ามี)

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

 (คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล ผู้ขอชี้แจงฯ)

|  |  |
| --- | --- |
| เรียน คณบดี ชื่อภาควิชา/งาน/หน่วย พิจารณาแล้ว เห็นสมควรอนุญาตได้ตามที่แจ้ง(คำนำหน้า ชื่อ นามสกุล)ชื่อตำแหน่งของผู้บังคับบัญชาชั้นต้นวันที่............................................ | เรียน คณบดี○ สมควรให้อนุญาต ○ ไม่สมควรให้อนุญาต เนื่องจาก...............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภก. ภานุพงษ์ พงษ์ชีวิน)รองคณบดีฝ่ายบริหารวันที่........................................ |
| ○ อนุญาต○ ไม่อนุญาต เนื่องจาก..................................................................................................................................... ..................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................คณบดี/รักษาการแทนวันที่............................................ | **ต้นเรื่อง** หน่วยทรัพยากรบุคคล **สำเนาแจ้ง** 1. ผู้ขอชี้แจงฯ2. ภาควิชา/งาน/หน่วย |