



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน..... โทร ๐ ๗๕๕๓ ๕๖๓๐-๔ ต่อ.....

ที่ นศ ๐๐๓๒.๒/พิเศษ

วันที่

เรื่อง ขอส่งเอกสารแก้ไขผลงานวิชาการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

ตามที่ ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลสิชล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครศรีธรรมราช เป็นผู้ผ่านการคัดเลือกให้ส่งผลงานเข้ารับการประเมินผลงานฯ และได้ส่งเอกสารครบถ้วน สมบูรณ์ไปแล้ว เมื่อวันที่.....โดยมติคณะกรรมการประเมินผลงาน ครั้งที่..... เมื่อวันที่.....ให้ปรับปรุงแก้ไขข้อมูล ส่งภายในระยะเวลา.....เดือน รายละเอียดตามมติคณะกรรมการประเมินฯ ที่แนบมาพร้อมนี้

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้ทำการแก้ไขผลงานตามคำแนะนำของคณะกรรมการฯ เรียบร้อยแล้ว จึงขอ ส่งเอกสาร ดังนี้

๑. แบบแสดงรายละเอียดประกอบการขอประเมินผลงาน จำนวน.....เล่ม

๒. ผลงานวิชาการฉบับเต็ม เรื่อง.....

.....จำนวน.....เล่ม

๓. แบบการเสนอข้อเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน เรื่อง.....

.....จำนวน.....เล่ม

๔. แผ่นซีดี/อื่นๆ.....จำนวน.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิชล

- เพื่อโปรดพิจารณา

-ตำแหน่ง.....

.....ขอส่งเอกสารประกอบ

การประเมินผลงานฯเพื่อ.....นั้น

- เห็นควรแจ้งคณะกรรมการประเมินเพื่อ

ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....

(นางศรีประดับ ศรีนำ)

ตำแหน่ง นักทรัพยากรบุคคลชำนาญการ