



สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

THE GOVERNMENT PHARMACEUTICAL ORGANIZATION SAVINGS AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

75/1 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8774 0-2203-8091-3 โทรสาร 0-2354-8775

75/1 Rama VI Road, Thungphayathai, Ratchatewi, Bangkok 10400 Tel : 0-2354-8774 0- 2203 - 8091-3 Fax : 0-2354-8775

เรื่อง ขออนุญาต.....

สมาชิกเลขที่

ส่วนของผู้จำหน่ายที่

เรียน รองประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า.....มีความจำเป็น/ความประสงค์ขอลา ป่วย กิจ พักผ่อน
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน

ในระหว่างลาข้าพเจ้าพักอยู่ที่.....หมู่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

เรียนมาเพื่อโปรดอนุญาต อนุญาต

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง..ประธาน/ รองประธานกรรมการ/ผู้จัดการ...

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....



สหกรณ์ออมทรัพย์องค์การเภสัชกรรม จำกัด

THE GOVERNMENT PHARMACEUTICAL ORGANIZATION SAVINGS AND CREDIT COOPERATIVE LIMITED

75/1 ถ.พระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 โทรศัพท์ 0-2354-8774 0-2203-8091-3 โทรสาร 0-2354-8775

75/1 Rama VI Road, Thungphayathai, Ratchatewi, Bangkok 10400 Tel : 0-2354-8774 0- 2203 - 8091-3 Fax : 0-2354-8775

เรื่อง ขออนุญาต.....

สมาชิกเลขที่

ส่วนของสหกรณ์

เรียน รองประธานกรรมการ

ข้าพเจ้า.....มีความจำเป็น/ความประสงค์ขอลา ป่วย กิจ พักผ่อน
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....วัน

ในระหว่างลาข้าพเจ้าพักอยู่ที่.....หมู่.....ต.รอก/ชอย.....ถนน.....
ตำบล.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....โทร.....

เรียนมาเพื่อโปรดอนุญาต อนุญาต

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง..ประธาน/ รองประธานกรรมการ/ผู้จัดการ...

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

กรณีเกินอำนาจอนุญาต

<input type="checkbox"/> อนุญาต	<input type="checkbox"/> เห็นควรอนุญาต	คำสั่ง <input type="checkbox"/> อนุญาต
ลงชื่อ.....		ลงชื่อ.....
ตำแหน่ง.....		ตำแหน่ง.....
วันที่...../...../.....		วันที่...../...../.....

การตรวจสอบของผู้จำหน่ายที่ กรณีเป็นการลาที่ไม่ได้รับค่าจ้าง เนื่องจาก

- ไม่ส่งใบลาภายใน 3 วันทำการ นับแต่วันที่มาปฏิบัติงานได้
- ลาป่วยเกิน 30 วัน (ลาป่วยมาแล้ว.....รวม)
- ลาพักฟื้นเกินสิทธิที่ได้รับคือ.....วัน
- ลาป่วยเกิน 3 วัน โดยไม่มีใบรับรองแพทย์
- ลากิจเกิน 5 วัน(ลากิจมาแล้ว.....วัน)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

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