

เลขที่ ชื่อหน่วยงาน......................................................................

 ที่อยู่หน่วยงาน.......................................................

 ..............................................................................

 วัน / เดือน / ปี

เรื่อง ตอบรับ...................เข้าศึกษาดูงาน / ฝึกอบรม / ฝึกปฏิบัติงาน

เรียน ..................................................................................................................................................................

อ้างถึง ...............................................................................................................................................................

 ตามหนังสืออ้างถึง....................................................เรื่อง.........................................................โดย............(ชื่อ - นามสกุล).................. ตำแหน่ง..................ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่...................สังกัด.................ได้ขอความอนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงาน /ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน เกี่ยวกับเรื่อง....................................................

ในระหว่างวันที่.................ถึงวันที่........................จำนวน..........วัน ความละเอียดทราบแล้วนั้น

 ในการนี้..........................(ชื่อหน่วยงาน)............................................พิจารณาแล้วยินดีรับ............(ชื่อ-นามสกุล)...........ตำแหน่ง........................สังกัด.............................เข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ในวันที่.......................ถึงวันที่.....................จำนวน...............วัน

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป

 ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ)

 (………......ชื่อ – นามสกุล...............)

 ตำแหน่ง..........................................................................

 ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ชื่อกลุ่มงาน...................................................

โทรศัพท์.......................................................

โทรสาร.........................................................โทรศัพท์มือถือ……………………………………….

ชื่อ – นามสกุล......................................ผู้ประสานงาน