



เลขที่

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

วัน / เดือน / ปี

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงาน / ฝึกอบรม / ฝึกปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มการขอศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน จำนวน.....แผ่น

๒. กำหนดการศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน จำนวน.....แผ่น

ด้วย.....(ชื่อหน่วยงาน)..... มีความประสงค์ จะเข้าศึกษาดูงาน / ฝึกอบรม / ฝึกปฏิบัติงาน เกี่ยวกับเรื่อง.....
โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ.....
และ ได้พิจารณาเห็นแล้วว่า สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นหน่วยงานในภาครัฐ
ที่มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง ต่อการเข้าศึกษาดูงาน / ฝึกอบรม / ฝึกปฏิบัติงาน

ในการนี้.....(ชื่อหน่วยงาน)..... จึงได้ขอความอนุเคราะห์ นำบุคลากรในสังกัด
จำนวน..... คน คือ.....(ชื่อ-นามสกุล)..... ตำแหน่ง..... ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.....
สังกัด.....เข้าศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน ในวันที่..... ถึงวันที่..... จำนวน.....วัน
ทั้งนี้ (ชื่อหน่วยงาน)..... หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน
ด้วยดีเช่นเคย และขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ)

(.....ชื่อ - นามสกุล.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อกลุ่มงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อ - นามสกุล..... ผู้ประสานงาน



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



เลขที่

ชื่อหน่วยงาน.....

ที่อยู่หน่วยงาน.....

วัน / เดือน / ปี

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์พิจารณายกเว้นการเก็บค่าธรรมเนียมการศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

อ้างถึง

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. แบบฟอร์มการขอศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ฝึกปฏิบัติงาน

ตามหนังสืออ้างถึง.....เรื่อง.....

โดย.....(ชื่อ - นามสกุล).....ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติหน้าที่.....สังกัด.....

ได้ขอความอนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงาน /ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน เกี่ยวกับเรื่อง.....

ในระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....วัน ความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้.....(ชื่อหน่วยงาน).....จึงขอความอนุเคราะห์ท่านพิจารณายกเว้น
การเก็บค่าธรรมเนียม การศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/ ฝึกปฏิบัติงาน คือ.....(ชื่อ-นามสกุล).....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....ในวันที่.....ถึงวันที่.....จำนวน.....วัน

จำนวน.....บาท(.....ตัวหนังสือ.....บาทถ้วน) ทั้งนี้.....(ชื่อหน่วยงาน).....

หวังเป็นอย่างยิ่งว่า จะได้รับความอนุเคราะห์พิจารณายกเว้นการเก็บค่าธรรมเนียม การศึกษาดูงาน/ ฝึกอบรม/
ฝึกปฏิบัติงาน จากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณ เป็นอย่างสูง มาก โอกาสนี้

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ และดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(ลายมือชื่อ)

(.....ชื่อ - นามสกุล.....)

ตำแหน่ง.....

ชื่อกลุ่มงาน.....

โทรศัพท์.....

โทรสาร.....

โทรศัพท์มือถือ.....

ชื่อ - นามสกุล.....ผู้ประสานงาน