

ใบขอรับบริการ หน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ออกหน่วยปฐมพยาบาล  
ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

เรื่อง ขอรับบริการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่/ออกหน่วยปฐมพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

สิ่งที่แนบมาด้วย สำเนาโครงการ/กำหนดการ/โปรแกรมการแข่งขัน

ด้วย(ชื่อหน่วยงาน).....มีความประสงค์ขอรับบริการ

หน่วยแพทย์เคลื่อนที่  ออกหน่วยปฐมพยาบาล

ในกิจกรรม/โครงการ.....

กำหนดจัดกิจกรรมในวันที่.....ถึงวันที่.....

โดยให้เริ่มปฏิบัติงานตั้งแต่เวลา.....ถึงเวลา.....สถานที่จัดกิจกรรม.....

มีผู้เข้าร่วมกิจกรรม จำนวนประมาณ.....คน

มีรูปแบบกิจกรรม  การอบรม/สัมมนา  กิจกรรมวอล์คแรลลี่  
 การแข่งขันกีฬา  อื่นๆ(ระบุ).....  
 ค่าวิชาการ

ในการนี้ จึงขอรับบริการจัดหน่วยแพทย์เคลื่อนที่ / ออกหน่วยปฐมพยาบาล ทั้งนี้ ได้มอบหมายให้

.....เป็นผู้ประสานงาน เบอร์โทรศัพท์.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

.....ผู้รับผิดชอบโครงการ  
(.....)  
วันที่.....

ความเห็นผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

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

หน่วยงานต้นสังกัดรับผิดชอบค่าใช้จ่าย  
 ศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์รับผิดชอบค่าใช้จ่าย

.....  
( นายแพทย์จรัส จันทร์ตระกูล )  
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์  
วันที่.....