



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการงานรักษาความปลอดภัย ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มอำนวยการ โทร ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๑๑๙๙

ที่

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติตรวจสอบกล้องวงจรปิด (ในวันและเวลาราชการ จันทร์- ศุกร์ ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐ น.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน(ผ่านผู้มีอำนาจ ตามคำสั่งที่...../๒๕๕๕)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ □-□□□□-□□□□-□□-□

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหิน ตำแหน่ง.....สังกัด.....

บุคคลภายนอก ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอ ดูภาพ บันทึกข้อมูลภาพ จากกล้องวงจรปิดของโรงพยาบาลหัวหิน

เนื่องจากเหตุ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....

เวลา.....ถึง เวลา.....โดยประมาณ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นถูกต้องทุกประการ มิได้แสดงข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ผู้อนุมัติและเข้าร่วมดูกล้องวงจรปิด(ในวันและเวลาราชการ)

๑.).....

๒.).....

๓.).....

๔.).....

๕.).....

(ผู้มีอำนาจลงนามอย่างน้อย ๓ ใน ๕ คน)

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

- ต้องกรอกรายละเอียดในข้างต้นให้ครบถ้วน มิเช่นนั้นทางโรงพยาบาลหัวหินจะไม่พิจารณาและอนุมัติให้ได้ตามคำร้อง
- ผู้ยื่นคำร้องจะต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการทุกครั้ง
- เวลาราชการ (จ.- ศ. ๐๘.๐๐-๑๖.๐๐น.)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการงานรักษาความปลอดภัย ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มอำนวยการ โทร ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๑๑๙๙

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติตรวจสอบกล้องวงจรปิด (นอกเวลาราชการ/วันหยุด)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน(ผ่านผู้มีอำนาจ ตามคำสั่งที่...../๒๕๕๕)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ □-□□□□-□□□□-□□-□

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหิน ตำแหน่ง.....สังกัด.....

บุคคลภายนอก ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอ ดูภาพ บันทึกข้อมูลภาพ จากกล้องวงจรปิดของโรงพยาบาลหัวหิน

เนื่องจากเหตุ.....

สถานที่เกิดเหตุ.....วันที่เกิดเหตุ.....

เวลา.....ถึง เวลา.....โดยประมาณ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในข้างต้นถูกต้องทุกประการ มิได้แสดงข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงานแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ผู้อนุมัติและเข้าร่วมดูกล้องวงจรปิด(นอกเวลาราชการ)
ช่วงเวลา เสร็จและเวรบ่าย
๑).....
๒).....
๓).....
๔).....
๕).....
(ผู้มีอำนาจลงนามอย่างน้อย ๓ ใน ๕คน)

.....
(.....)
ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

- ต้องกรอกรายละเอียดในข้างต้นให้ครบถ้วน มิเช่นนั้นจะไม่พิจารณาอนุมัติให้ได้
- ผู้ยื่นคำร้องจะต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการทุกครั้ง
- นอกเวลาราชการ(จ.- ศ.) /ส. อา, วันหยุดนักขัตฤกษ์ เสร็จ(๐๔.๐๐-๑๖.๐๐น.),เวรบ่าย(๑๖.๐๐ - ๒๔.๐๐น.)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการงานรักษาความปลอดภัย ฝ่ายบริหารทั่วไป กลุ่มอำนวยการ โทร ๓๒๕๒ ๓๐๐๐ ต่อ ๑๑๙๙

ที่ วันที่

เรื่อง ขออนุมัติตรวจสอบภาพจากกล้องวงจรปิด (เวรตึก เวลา ๒๔.๐๐-๐๘.๐๐ น. ของทุกวัน)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหัวหิน(ผ่านผู้มีอำนาจ ตามคำสั่งที่...../๒๕๕๕)

ข้าพเจ้า(นาย/นาง/นางสาว).....

หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการ □-□□□□-□□□□-□□-□

เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลหัวหิน ตำแหน่ง.....สังกัด.....

บุคคลภายนอก ที่อยู่ติดต่อได้.....

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ.....

มีความประสงค์ขอ ดูภาพ บันทึกข้อมูลภาพ จากกล้องวงจรปิดของโรงพยาบาลหัวหิน
เนื่องจากเหตุ.....

สถานที่เกิดเหตุ..... วันที่เกิดเหตุ.....

เวลา..... ถึง เวลา..... โดยประมาณ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในข้างต้นถูกต้องทุกประการ มิได้แสดงข้อความอันเป็นเท็จแก่เจ้าพนักงาน
แต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณา

ผู้อนุมัติและเข้าร่วมดูกล้องวงจรปิด

ช่วงเวลา เวนตึก

๑).....หัวหน้าห้องเวรฉุกเฉิน

(.....)

ผู้ยื่นคำขอ

หมายเหตุ

- ต้องกรอกรายละเอียดในข้างต้นให้ครบถ้วน มิเช่นนั้นทางโรงพยาบาลหัวหินจะไม่พิจารณาและอนุมัติให้ได้ตามคำร้อง
- ผู้ยื่นคำร้องจะต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนหรือบัตรข้าราชการด้วยทุกครั้ง
- เวนตึก (๒๔.๐๐ - ๐๘.๐๐ น. ของทุกวัน)