งานการพยาบาล.....
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช
โทร.....

ที่ อว 78.072/
วันที่ .....
เรื่อง ขอรับเงินค่าประกันหอพักคืน

เรียน หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

ด้วยข้าพเจ้า .....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
รหัส SAP.....ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย.....งานการพยาบาล.....
ที่อยู่ปัจจุบัน.....
โทรศัพท์ที่ทำงาน.....มือถือ.....E-mail.....
พักอยู่หอพัก.....ห้อง.....ตั้งแต่ วันที่.....เดือน..... พ.ศ. .....
ได้ย้ายออกจากหอพัก ตั้งแต่วันที่..... เนื่องจาก.....
และมีความประสงค์ขอรับเงินค่าประกันหอพักคืน จำนวน 3,000.00 บาท (สามพันบาทถ้วน) พร้อมได้แนบเอกสาร ใบเสร็จรับเงิน สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน สำเนาเลขที่บัญชีธนาคาร และแบบฟอร์มการออกจากหอพักมาแล้ว ทั้งนี้ได้ทำความสะอาดห้องพักเป็นที่เรียบร้อยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้แจ้งความจำนง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริราช
เพื่อโปรดพิจารณาและดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นางสาวธชพร เทศะศิลป์)
หัวหน้าฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

แบบฟอร์มการออกจากหอพักฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช

เรียน หัวหน้างานธุรการและสนับสนุน ฝ่ายการพยาบาลฯ

ข้าพเจ้านางสาว .....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....รหัส SAP.....ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย.....

สังกัดงานการพยาบาล.....ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช พักอยู่หอพัก.....

ห้อง.....ตั้งแต่วันที่..... .....และได้ย้ายออกจากหอพัก ตั้งแต่วันที่.....

เนื่องจาก.....

☐ ประสงค์ขอรับเงินค่าประกันหอพักคืน ☐ ไม่ประสงค์รับเงินค่าประกันหอพักคืน

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แจ้งออกจากหอพัก

วันที่.....

ผลการตรวจสอบของหอพักฝ่ายการพยาบาลฯ

☐ ไม่มีการทำสิ่งของใดๆในห้องพักชำรุดเสียหาย

☐ ไม่มีการค้างชำระค่าไฟฟ้า/น้ำประปา

☐ คืนกุญแจห้องพัก, Key tag, Key card แล้ว

☐ ทำความสะอาดห้องพักเรียบร้อย พร้อมรับผู้พักอาศัยรายต่อไป

(นางวัฒนพรรณ ฤกษ์มงคล)

หัวหน้างานธุรการและสนับสนุน ฝ่ายการพยาบาลฯ

วันที่.....

การตรวจสอบออกจากหอพักของ น.ส.....หอพัก.....ห้อง.....

☐ ย้ายออกจากหอพัก เมื่อวันที่.....เนื่องจาก.....

☐ ไม่มีการทำสิ่งของใดๆในห้องพักชำรุดเสียหาย

☐ ไม่มีการค้างชำระค่าไฟฟ้า/น้ำประปา

☐ คืนกุญแจห้องพัก, Key tag, Key card แล้ว

☐ ทำความสะอาดห้องพักเรียบร้อย พร้อมรับผู้พักอาศัยรายต่อไป

(.....)

ผู้ดูแลหอพัก/ผู้ตรวจสอบ หอพักพยาบาล.....

วันที่.....