



โรงพยาบาลจุฬารณ
CHULABHORN HOSPITAL

CCC-H-FTEST1-1-05/2552

54 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210 โทรศัพท์ 0-2576-6000 โทรสาร 0-2576-6111
54 Kamphaeng Phet 6 Road., Laksi, Bangkok 10210, THAILAND. Phone : 66 2 576-6000 Fax : 66 2 576-6111

แบบยืนยันการปฏิบัติงาน

ชื่อ - นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____

วัน/เดือน/ปี	เหตุผล			เวลาเข้า	เวลาออก	ลงวันที่	หมายเหตุ
	ไม่ได้บันทึกเวลา ลิ้ม	ไม่ได้บันทึกเวลา เครื่องขัดข้อง	ปฏิบัติงานนอกสถานที่ (แนบเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ)				
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							

ลงชื่อเจ้าหน้าที่	หัวหน้าหน่วยงาน	งานบริหารทรัพยากรบุคคลลงนามตรวจสอบ
ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___	ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___	ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___



โรงพยาบาลจุฬารณ
CHULABHORN HOSPITAL

CCC-H-FTEST1-1-05/2552

54 ถนนกำแพงเพชร 6 แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กทม. 10210 โทรศัพท์ 0-2576-6000 โทรสาร 0-2576-6111
54 Kamphaeng Phet 6 Road., Laksi, Bangkok 10210, THAILAND. Phone : 66 2 576-6000 Fax : 66 2 576-6111

แบบยืนยันการปฏิบัติงาน

ชื่อ - นามสกุล _____

ตำแหน่ง _____

หน่วยงาน _____

วัน/เดือน/ปี	เหตุผล			เวลาเข้า	เวลาออก	ลงวันที่	หมายเหตุ
	ไม่ได้บันทึกเวลา ลิ้ม	ไม่ได้บันทึกเวลา เครื่องขัดข้อง	ปฏิบัติงานนอกสถานที่ (แนบเอกสารที่ได้รับการอนุมัติ)				
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							
___/___/25___							

ลงชื่อเจ้าหน้าที่	หัวหน้าหน่วยงาน	งานบริหารทรัพยากรบุคคลลงนามตรวจสอบ
ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___	ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___	ชื่อ _____ วันที่ ___/___/___