

แบบชี้แจงการไม่บันทึกเวลาเข้า – ออก ปฏิบัติราชการ / การเข้าปฏิบัติราชการสาย
สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

เขียนที่ สถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอชี้แจงการไม่บันทึกเวลาเข้า – ออก ปฏิบัติราชการ/ การเข้าปฏิบัติราชการสาย

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นภาคใต้

ข้าพเจ้า นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....สังกัดกลุ่มงาน.....ขอชี้แจง

☐ การไม่บันทึกเวลาเข้า/ออก ปฏิบัติราชการ กรณี

☐ เข้า ปฏิบัติราชการ วันที่.....เวลา.....น.

☐ ออก ปฏิบัติราชการ วันที่.....เวลา.....น.

☐ เข้าปฏิบัติราชการสาย วันที่.....เวลา.....น.

เนื่องจาก.....

ข้าพเจ้า ☐ ไม่บันทึกเวลาเข้า – ออก ปฏิบัติราชการ (สแกนใบหน้า) / ☐ เข้าปฏิบัติราชการสาย
ครั้งสุดท้ายเมื่อ วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

พยาน (กรณีไม่บันทึกเวลาปฏิบัติราชการ)

ขอแสดงความนับถือ

ลงชื่อ.....พยาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สถิติ

ประเภท	ขออนุญาต มาแล้ว (ครั้ง)	ขออนุญาต ครั้งนี้ (ครั้ง)	รวม (ครั้ง)
ไม่บันทึก เวลาเข้า			
ไม่บันทึก เวลาออก			
เข้าสาย			

(ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชา

.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

คำสั่ง

☐ อนุญาต ☐ ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ : บุคลากรสามารถเขียนแบบชี้แจงฯ ฉบับนี้ได้ในกรณี สัมผัสแกนใบหน้า
หรือ สแกนแล้วเครื่องไม่ทำการบันทึก หรือ กรณีเข้าปฏิบัติราชการสาย