

เขียนที่.....

วันที่.....

หนังสือรับรองของผู้บังคับบัญชา

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีนครินทร์

ชื่อ - นามสกุล (ผู้บังคับบัญชา)ตำแหน่ง.....
สถานที่ทำงาน.....

ขอรับรองว่า ชื่อ - สกุล (ผู้สมัคร)ตำแหน่ง.....
เป็นผู้ได้รับอนุมัติให้สมัครเพื่อเข้ารับอบรมหลักสูตร.....

ตามหลักสูตรของ หน่วยไตและไตเทียม งานการพยาบาลอายุรกรรม๒ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาล ศรีนครินทร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความจำเป็นของผู้สมัครที่เข้าฝึกอบรมครั้งนี้.....

ลงลายมือชื่อผู้บังคับบัญชา.....

()

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

หมายเหตุ ผู้ลงนามคือผู้บังคับบัญชาที่มีสิทธิ์อนุมัติให้สมัครสอบและลาฝึกอบรมได้