

แบบใบขอยกเลิกวันลา
(Form for Cancellation of sick leave)

ที่ (Written at).....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....
(Date/Month/Year (B.E))

เรื่อง (Re) ขอยกเลิกวันลา (leave cancellations)

เรียน (To) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอง

ข้าพเจ้า (I am).....ตำแหน่ง (position).....
สังกัด (Department of).....ได้รับอนุญาตให้ลา(was accepted for leave).....
ตั้งแต่วันที่ (from date).....ถึงวันที่ (to date).....
รวม (total).....วัน (days) นั้น
เนื่องจาก (the cause of cancellation).....

จึงขอยกเลิกวันลา (so that I would like to cancel leave).....จำนวน (in).....วัน (days)
ตั้งแต่วันที่ (from).....ถึงวันที่ (to).....

ขอแสดงความนับถือ (Sincerely yours)

ลงชื่อ (Signature).....
(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชา (Comments of the authorized employer)

.....

ลงชื่อ (Signature).....
(.....)

วันที่ (Date).....

คำสั่ง

อนุญาต (Approved)

ไม่อนุญาต (No approved)

.....

ลงชื่อ (Sign).....
(.....)

วันที่ (Date)...../...../.....