



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม โทร 0-4371-2992 ภายใน 6354

ที่ ศธ 0530.20 /

วันที่ .....

เรื่อง ขอนำบัตรบุคลากรคณะแพทยศาสตร์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า นาย /นาง /นางสาว.....ตำแหน่ง.....

สังกัด คณะแพทยศาสตร์

มีความประสงค์.....

เนื่องจาก.....

.....

วันออกบัตร.....วันหมดอายุ.....

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ปฏิบัติ

(.....)