วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

วันที่............เดือน......................พ.ศ......................

เรื่อง ขอแลกเวรเพื่อปฏิบัติงานแทน

เรียน ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

 ข้าพเจ้า...............................................................ปฏิบัติหน้าที่เวรสุขภาพประจำวันที่……….....................................เวลา.......... ........น. ถึง เวลา.......................น. ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้เนื่องจาก.............................................................

จึงขอแลกเวรให้ (นาย/นาง/นางสาว)........................................................ปฏิบัติหน้าที่ในวันที่.............................................เวลา...............น. ถึง เวลา.............น.และจะขึ้นเวรแทนในวันที่.................................เวลา.................น. ถึงเวลา.................น.

 ขอแสดงความนับถือ

 (ลงชื่อ)........................................................ผู้ขอแลก

 ตำแหน่ง....................................................................................

 (ลงชื่อ).........................................................ผู้รับอยู่เวร(แทน)

 ตำแหน่ง........................................................................................

 ความเห็นของผู้อนุมัติ

อนุญาต ไม่อนุญาต

(ลงชื่อ)...........................................................................

ตำแหน่ง.........................................................................