

แบบขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์
ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขและ
ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
พ.ศ. 2548

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....ระดับ.....สถานที่ปฏิบัติงาน

มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถาน
บริการสาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามสัญญาเลขที่/

..... ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ. เนื่องจาก.....

.....
และให้มีผลตั้งแต่วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....