

แบบขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์
ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขและ
ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

พ.ศ. ๒๕๔๘

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

เรียน.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....ระดับ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการ
สาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามสัญญาเลขที่...../
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.เนื่องจาก.....
และให้มีผลตั้งแต่วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....