

แบบฟอร์ม

ขออนุญาตจอตระยนต์ส่วนตัวค้ำคินบริเวณกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....
ตำแหน่ง.....สังกัด.....
มีความประสงค์ขออนุญาตนำรถยนต์ส่วนตัวหมายเลขทะเบียน.....
จอดค้ำคินบริเวณ.....
เนื่องจาก

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ.....

ลงชื่อ ผู้ขออนุญาต
(.....)
วันที่

ลงชื่อ ผู้อนุญาต
(นางสุกัญญา กำแพงแก้ว)
เลขานุการกรม

กรุณาส่งแบบฟอร์มนี้ไปยังฝ่ายบริหารทั่วไป สำนักงานเลขานุการกรม

โทรสารหมายเลข 0 2965 9742

E-mail : natchaya.l@dmsc.mail.go.th

ล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันทำการ



QR Code สำหรับตอบแบบฟอร์ม

ขออนุญาตจอตระยนต์ค้ำคิน