## **แบบขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์**

**ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการการสาธารณสุขและ**

**ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน**

**พ.ศ. 2548**

**----------------------------------------------------------------------**

 **เขียนที่………………..…………………………..**

 **วันที่………เดือน………………พ.ศ…………….**

**เรียน**…………………..…………………….

 ข้าพเจ้า……………………..……………………….อายุ…………………………………….ปี

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

……………………………………………………………………………………………………………………..

มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการการสาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามสัญญาเลขที่ ……../

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

………………………………………………………………………………………………………………………..

และให้มีผลตั้งแต่…………………………………………………………………………….……………………….

 จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

 ………………………………..

 (……………………………….)

 ตำแหน่ง……………………………..