## **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……………………………..