

สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่
เลขรับ.....วันที่.....
เวลา.....น.

สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอ Slip เงินเดือน

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 1 จังหวัดเชียงใหม่

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอ Slip เงินเดือน / ค่าจ้างประจำ ประจำเดือน.....เพื่อนำไปเป็นหลักฐานประกอบ

.....

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....