**ส่วนราชการ**  โรงพยาบาลวังยาง กลุ่มงานบริหารทั่วไป โทร 0 4257 7013 ต่อ 200

**ที่** นพ 0033.3/ **วันที่** กันยายน 2566

**เรื่อง** ขออนุมัติยกเลิกการดำเนินงานโครงการ (ชื่อโครงการ)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังยาง

 ตามที่ กลุ่มงาน…… โรงพยาบาลวังยาง ได้อนุมัติให้ดำเนินโครงการ (ชื่อโครงการ) โดยสนับสนุนงบประมาณจาก งบเงินบำรุง ให้แก่ กลุ่มงาน…….. ซึ่งมี นางสาว……….. ตำแหน่ง…..หัวหน้าโครงการ นางสาว………………….ผู้รับผิดชอบโครงการ มีงบประมาณ ทั้งสิ้นจำนวน ………. บาท (ตัวหนังสือ) รายละเอียดตามข้อกำหนดการดำเนินงาน

 เนื่องด้วย (เหตุผลการขอยกเลิกโครงการ) ดังนั้น จึงขอยกเลิกการดำเนินงานโครงการ (ชื่อโครงการ)

 (นายวิวรรธน์ วงศ์ตาขี่)

 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ผลการพิจารณา

 ไม่เห็นชอบ

 เห็นชอบให้ยกเลิกโครงการ

 (นางขวัญทิพย์ ทิมมณีสวัสดิ์)

 นายแพทย์ชำนาญการ

 รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังยาง