

ใบลีสแกนลายนิ้วมือเวลาเข้า / ออกจากการปฏิบัติงาน สพม.จบตร

เขียนที่ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจันทบุรี ตราด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจันทบุรี ตราด

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานกลุ่ม.....ได้มาปฏิบัติงานในวันที่.....

และลีสแกนลายนิ้วมือเวลาเข้า / ออกจากการปฏิบัติงาน

ช่วงเช้า เวลา..... น. หรือ ช่วงเย็น เวลา..... น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณารับรองเวลาการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....ผู้ขอ

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง(พยาน)

(.....)

...../...../.....

ลงชื่อ.....

ผ.กลุ่ม/หน่วย.....

(.....)

...../...../.....

สถิติการลีสแกนลายนิ้วมือในประจำวันประมาณ

ลีสแกนลายนิ้วมือ สะสม		ลีสแกน ลายนิ้วมือครั้งนี้		รวม	
เช้า	เย็น	เช้า	เย็น	เช้า	เย็น

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

...../...../.....

ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวได้มาปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ..... รอง ผอ. สพม. จบตร

(.....)

...../...../.....