

ใบรับรองเวลาการปฏิบัติงาน

No.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ...25.....

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตบันทึกเวลา เข้า การปฏิบัติงาน ออก การปฏิบัติงาน เข้า – ออก การปฏิบัติงาน

ในวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....เนื่องจาก

สีม Scan นิ้วมือ Scan ไม่ได้ ไม่มีลายนิ้วมือ คอมพิวเตอร์เสีย ไฟฟ้าดับ

ทำงานนอกสถานที่ งานที่ทำ
ณ

เข้าร่วมงานสัมมนา
ณ

อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

จึงเรียนมาเพื่อทราบและพิจารณารับรองเวลาการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ..... (.....) บุคลากรผู้ขอ ว.ด.ป.....	ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ในวันที่ข้างต้น บุคคลดังกล่าวได้มาปฏิบัติงานจริง ลงชื่อ..... (.....) ผู้บังคับบัญชาชั้นต้น ว.ด.ป.....
--	--

- หมายเหตุ**
1. การรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น กรณีปฏิบัติงานประจำที่หลักสูตรให้ประธานหลักสูตรรับรอง/ กรณีเป็นหัวหน้างานให้เลขานุการคณะฯ รับรอง/ กรณีบุคลากรปฏิบัติงานประจำ ณ งานต่างๆ ของสำนักงานเลขานุการ ให้หัวหน้างานนั้น ๆ รับรอง
 2. ให้ยื่นแบบฟอร์มนี้ ภายใน 5 วันทำการ หลังจากมิได้ทำการฟิงเกอร์สแกน โดยสามารถตรวจสอบรายงานการลงเวลาได้ทุกวัน ที่ www.science.mju.ac.th และสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มนี้ ได้ที่เว็บไซต์ดังกล่าว และจัดส่งใบรับรองที่ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้วไปยัง หัวหน้างานบริหารและธุรการ