



สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้

โทร 02-441-9729

โทรสาร 02-441-0479

ที่ อว 78.341/

วันที่

เรื่อง ขออนุญาตเดินทางเข้าปฏิบัติงาน ณ สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาเขตศาลายา

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
ปัจจุบันพักอาศัย ณ บ้านเลขที่.....แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....
จังหวัด.....เบอร์โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ จะเข้ามาปฏิบัติงาน ณ สถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้ มหาวิทยาลัยมหิดล
วิทยาเขตศาลายา จังหวัดนครปฐม ในวันที่ระหว่างเวลา.....น.
ถึงเวลา..... น. เพื่อปฏิบัติงานในเรื่อง.....

โดยที่ระหว่างการเข้าปฏิบัติงานใน พื้นที่ มหาวิทยาลัยมหิดล ข้าพเจ้าจะปฏิบัติตามประกาศ
ของมหาวิทยาลัยมหิดล อย่างเคร่งครัด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตการเข้าปฏิบัติงานดังกล่าว จักขอบพระคุณยิ่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

อนุญาต

รองศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์ชัยเลิศ พิเชิตพรชัย

(ผู้อำนวยการสถาบันนวัตกรรมการเรียนรู้)