คำรับรองการปฏิบัติงานจากหน่วยงาน

เพื่อเป็นหลักฐานประกอบคำรับรองของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ (แบบ ข.ย.14) ในการเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ในร้านขายยาตามกฎกระทรวงการขออนุญาตและการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครสวรรค์

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยงาน.....

ตั้งอยู่ ณ เลขที่.....หมู่บ้าน/อาคาร.....ตรอก/ซอย.....

หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

e-mail.....

เป็นผู้บังคับบัญชา/หัวหน้างาน ของ.....

เลขที่บัตรประชาชน □ □□□□ □□□□□ □□ □ เป็นผู้มีหน้าที่รับผิดชอบ และปฏิบัติงานใน ตำแหน่งประจำ คือ ..... สังกัด (แผนก/ฝ่าย).....

ในหน่วยงานชื่อ..... เวลาปฏิบัติงานในหน่วยงาน คือ.....น.

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ตราประทับหน่วยงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

<u>เฉพาะกรณีที่เภสัชกรไม่ได้รับราชการ หรือ ทำงานประจำ</u> (ให้กรอกข้อความ อ่าน และลงนามข้างล่างนี้)

ข้าพเจ้า..... ขอรับรองว่า ข้าพเจ้า<u>ไม่ได้</u>รับราชการหรือทำงานประจำที่ใด ทั้งนี้ข้าพเจ้าทราบดีว่าหากคำรับรองที่ข้าพเจ้าให้ไว้เป็นเท็จ ข้าพเจ้าจะถูกดำเนินคดีอาญาฐานแจ้งความเท็จต่อเจ้าพนักงาน

ลงชื่อ.....

(.....)

เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ