แบบขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการการสาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

เขียนที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ประธานคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง.....ระดับ.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....
.....
มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการการสาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามสัญญาเลขที่...../.....
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เนื่องจาก.....
และให้มีผลตั้งแต่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....