



**ใบลงเวลาปฏิบัติงาน**

ชื่อ-นามสกุล ..... สำนัก .....

ลำดับ	วันที่	เวลา	ผู้ขออนุญาต	ลายมือชื่อ		ลายมือชื่อ		สาเหตุการขอลงเวลา ปฏิบัติงาน
				หัวหน้าสาขา/ หัวหน้าฝ่าย	วัน/เดือน/ปี	คณบดี/ ผู้อำนวยการ	วัน/เดือน/ปี	
1								
2								
3								

**หมายเหตุ** ในกรณีบุคลากรลี้มลงเวลาปฏิบัติงาน ให้แจ้งไปยังสำนักทรัพยากรมนุษย์ภายใน 2 วันทำการ ซึ่งอนุมัติแก้ไขเวลาปฏิบัติงานให้ 3 ครั้งต่อ 1 ปีการศึกษา