

เรียน หัวหน้างานใบอนุญาต

ข้าพเจ้า (คำนำหน้า/ชื่อตัว-ชื่อสกุล) ภ. ขอรับรองว่า
สามารถมาปฏิบัติการ ณ ในเวลา น. ได้จริง
และมีการเดินทางมาปฏิบัติการ ดังนี้.....

โดยมีระยะทางในการเดินทาง..... (เมตร/ กิโลเมตร) และใช้เวลาเดินทางประมาณ..... (นาที/ ชั่วโมง)

หมายเหตุ :

1. ให้ระบุการเดินทางจาก ที่อยู่ปัจจุบัน มาร้านยา/ บริษัทฯ และ
2. กรณีมีงานประจำ ให้ระบุการเดินทางจาก ที่ทำงานประจำ
มาร้านยา/ บริษัทฯ ด้วย

ลงชื่อ
(.....)
ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ
วันที่.....