

กรณีเปลี่ยนตำแหน่งลูกจ้างประจำ

สำนัก/กอง/สถาน/ศูนย์.....กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง เลขที่	ชื่อตำแหน่งเดิม	อัตราค่าจ้าง ปัจจุบัน	วุฒิการศึกษา	ลักษณะงานที่ ปฏิบัติอยู่จริง	ตำแหน่งที่ ขอปรับ/เปลี่ยน	เหตุผลความจำเป็น

รับรองปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....