

การสับเปลี่ยนผู้ปฏิบัติหน้าที่อยู่เวรรักษาสถานที่ของทางราชการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ลงวันที่.....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ด้วยข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....

(ข้าราชการ/ลูกจ้างประจำ) ตำแหน่ง.....ได้รับคำสั่งให้อยู่เวรปฏิบัติหน้าที่เพื่อดูแลรักษา
ทรัพย์สินของทางราชการ ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ตั้งแต่วันที่.....
เวลา.....น. ถึงวันที่..... เวลา.....น. มีความประสงค์สับเปลี่ยนเวร
ดังกล่าว โดยมอบหมายให้.....ตำแหน่ง.....
เป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่เวรแทน ตามวันและเวลาที่ปรากฏในข้างต้น

ทั้งนี้ ให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่เวร หรือผู้ปฏิบัติหน้าที่เวรแทนถือปฏิบัติโดยเคร่งครัด โดยให้มีหน้าที่
สอดส่อง เฝ้าระมัดระวังการโจรกรรม อัคคีภัยและเหตุอื่น ๆ เป็นต้น เช่น เครื่องดับเพลิงเคมีให้อยู่ในสภาพ
พร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ห้ามบุคคลภายนอกเข้ามาในบริเวณสำนักงานโดยไม่จำเป็น นอกจากนั้น
ควรเตรียมพร้อมเรื่องระบบการสื่อสาร เช่น วิทยุ โทรศัพท์ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน หากมีการโจรกรรม
อัคคีภัย หรือเหตุอื่น ๆ ขึ้น ให้รีบประสานงานผู้เกี่ยวข้อง และรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นการด่วนที่สุด

(ลงชื่อ).....ผู้อยู่เวร
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้อยู่เวรแทน
(.....)

หมายเหตุ ให้เสนอเรื่องนี้ให้ทราบก่อนถึงวันปฏิบัติหน้าที่เวร และให้ทำเสนอทุกครั้งเมื่อมีการสับเปลี่ยน
เวรยาม ห้ามบุคคลภายนอกมาปฏิบัติหน้าที่เวรแทนโดยเด็ดขาด

อนุมัติ

(.....)