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 โดยให้มีหน้าที่สอดส่อง เฝ้าระมัดระวังการโจรกรรม อัคคีภัยและเหตุอื่น ๆ เป็นต้น เช่น เครื่องดับเพลิงเคมีให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา ห้ามบุคคลภายนอกเข้ามาในบริเวณสำนักงานโดยไม่จำเป็น นอกจากนั้น

ควรเตรียมพร้อมเรื่องระบบการสื่อสาร เช่น วิทยุ โทรศัพท์ ให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้งาน หากมีการโจรกรรม อัคคีภัย หรือเหตุอื่น ๆ ขึ้น ให้รีบประสานงานผู้เกี่ยวข้อง และรายงานผู้บังคับบัญชาเป็นการด่วนที่สุด

(ลงชื่อ)....................................................ผู้อยู่เวร

(....................................................)

 (ลงชื่อ)....................................................ผู้อยู่เวรแทน

(....................................................)

หมายเหตุ ให้เสนอเรื่องนี้ให้ทราบก่อนถึงวันปฏิบัติหน้าที่เวร และให้ทำเสนอทุกครั้งเมื่อมีการสับเปลี่ยน

 เวรยาม ห้ามบุคคลภายนอกมาปฏิบัติหน้าที่เวรแทนโดยเด็ดขาด

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลพบุรี (ผ่านหัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป)

 - เพื่ออนุมัติ

 ……………………..……………….

 คำสั่ง

(.............................................)

...............................................

...............................................