



แบบบันทึกการขออุทേปภาพกัองวงจรปิด โรงพยาบาลสูงเม่น

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเม่น

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขออนุญาตอุทേปบันทึกภาพ จากกัองวงจรปิด

เหตุการณั.....

สถานที่เกิดเหตุ.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น. (โดยประมาณ)

เหตุผล เพื่อ.....

ความเห็นของผู้ดูแลระบบ (นายสรารุช กลไกร)	เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสูงเม่น (นายแสงชัย พงศ์พิชญ์พิทักษ์) ผู้อำนวยการ
---	---

- หมายเหตุ :
1. การขออุทേปบันทึกภาพย้อนหลังต้องไม่เกิน 24 ชั่วโมง นับจากเวลาเกิดเหตุหรือเวลาเกิดความเสียหาย
 2. หากไม่มีผลต่อรูปคดี หรือการโจรกรรมต่าง ๆ หรือเกิดความเสียหายต่อทางราชการ ขอสงวนสิทธิ์ในการขออุทภาพ