



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสะบาย้อย อำเภอสะบาย้อย จังหวัดสงขลา ๙๐๒๑๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๐๗/

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

เรื่อง รับรองเวลาปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๖๖ (ฉบับที่ ๑๐)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบาย้อย

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง

ขอรับรองว่าเดือน..... พ.ศ ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน.....วันทำการ และมีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามระเบียบการเบิกจ่ายค่าตอบแทนดังกล่าวฯ

(.....)

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบาย้อย

กลุ่มงานบริหารทั่วไปได้ตรวจสอบวันลาของประจำเดือน.....

พ.ศ..... แล้วตามหลักฐานใบลา สรุปดังนี้

- | | | |
|--------------------------|-------|-----|
| ๑. ลาป่วย | | วัน |
| ๒. ลากิจ | | วัน |
| ๓. ลาพักผ่อน | | วัน |
| ๔. ไปราชการ/ประชุม/อบรม | | วัน |
| ๕. ลาไปทำพิธีฮัจญ์/ลาบวช | | วัน |

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

(นางสาวปวิษญาดา แก้วสม)

ตำแหน่งพนักงานบริการเอกสารทั่วไป

ผู้รับรอง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่โรงพยาบาลสะบาย้อย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสะบาย้อย ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- รับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๖๖ (ฉบับที่๑๐) ประจำเดือน.....พ.ศ. เป็นเงิน		
รวมเงิน		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
()

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวทิพย์รัตน์ ดำเป็นไฟ...)