บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย อำเภอสะบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โทร.๐๗๔๓๗๗๑๐๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๐๗/ วันที่

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ด้วยข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่าเดือน .....พ.ศ. ..... ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน จำนวน .....วันทำการ และมีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนเงินขอรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุข ที่ สข ๐๐๓๓.๐๐๑.๖/๖๙๗๐ ลงวันที่ ๕ ตุลาคม ๒๕๖๖

.....

(.....) ผู้เบิก

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

กลุ่มงานบริหารทั่วไปได้ตรวจสอบวันลา ของ.....

ประจำเดือน..... พ.ศ.....แล้ว ตามหลักฐานใบลา สรุปดังนี้

๑. ลาป่วย	.....	วัน
๒. ลากิจ	.....	วัน
๓. ลาพักผ่อน	.....	วัน
๔. ไปราชการ/ประชุม	.....	วัน
๕. ลาไปทำพิธีฮัจย์/ลาบวช	.....	วัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....

(..นางสาวปวิชญาดา แก้วสม..)

ตำแหน่งพนักงานบริการเอกสารทั่วไป)

ผู้รับรอง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่ ..... ตำบล.....
อำเภอ..... จังหวัด.....
ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลสะบ้าย้อย.....ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวน	
- ได้รับเงินค่าตอบแทนเงินไม่ประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวฯ ประจำเดือน ..... พ.ศ..... เป็นเงิน		
รวม		

จำนวน(ตัวหนังสือ) (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(...นางสาวทิพยรัตน์ ดำเป็นไฝ...)