



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสบบ้าย้อย อำเภอสบบ้าย้อย จังหวัดสงขลา ๙๐๒๑๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๐๗/

วันที่ เดือน..... พ.ศ.....

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

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบบ้าย้อย

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

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

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

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบบ้าย้อย

กลุ่มงานบริหารทั่วไปได้ตรวจสอบวันลาของ

ประจำเดือน.....พ.ศ..... แล้วตามหลักฐานใบลา สรุปดังนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

.....
(นางสาวรัชนก สมจิตร)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

ผู้รับรอง

ใบสำคัญรับเงิน

ที่โรงพยาบาลสะบ้าย้อย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสะบ้าย้อย ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

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

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
()

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