

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ประจำเดือน.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ..... นามสกุล ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....โรงพยาบาลสะบ้าย้อย..... จังหวัด..สงขลา.... ระดับ/กลุ่ม..พื้นที่เฉพาะระดับ..๒...

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย.....ปี..... เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน ดังนี้

● รพศ./รพท.....จังหวัด..... ตั้งแต่.....ถึง.....

● รพช.....จังหวัด..... ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... จัดระดับ.....

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม ปี เดือน วัน

๓. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... จัดระดับ.....

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม.....เดือน วัน

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... จัดระดับ.....

ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่ รวม.....เดือน วัน

รวมทั้งสิ้น ปี เดือน วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืน
เงินแต่เพียงผู้เดียว

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

ตำแหน่ง

.....หัวหน้างาน/ฝ่าย
(.....)

ตำแหน่ง

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

.....

(นางสาวรัชนก สมจิตร)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

ผู้รับรอง