



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสละบ้าย้อย อำเภอสละบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โทร.๐๗๔๓๗๗๑๐๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๐๗/

วันที่

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
เอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสละบ้าย้อย

ด้วยข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่า
เดือนพ.ศ. ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน จำนวนวันทำการ และมี
สิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนเงินขอรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ของข้อบังคับกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์
ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุข ที่ สข
๐๐๓๓.๐๑๙/๗๖๖๐ ลงวันที่ ๖ พฤศจิกายน ๒๕๖๔

.....

(.....) ผู้เบิก

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสละบ้าย้อย

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

.....

(...นางสาวรัชก สมจิตร...)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

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

(...นางสาวทิพย์รัตน์ ดำเป็นไฟ...)



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสละบ้าย้อย อำเภอสละบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โทร.๐๗๔๓๗๗๑๐๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๐๑/๐๗/

วันที่

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
เอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสละบ้าย้อย

ด้วยข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....ขอรับรองว่า
เดือนพ.ศ. ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน จำนวนวันทำการ และมี
สิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนเงินขอรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ของข้อบังคับกระทรวง
สาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยงานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์
ทันตแพทย์และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขโดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุข ที่ สข
๐๐๓๓.๒๐๑.๔/๑๒๓๐๔ ลงวันที่ ๒๘ พฤศจิกายน ๒๕๖๘

.....

(.....) ผู้เบิก

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสละบ้าย้อย

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

.....

(...นางสาวรัชก สมนิจทร...)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ

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
(...นางสาวทิพย์รัตน์ ดำเป็นไฟ...)