

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา ระดับ/กลุ่ม.....

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) 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.....ปี.....เดือน.....วัน

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....  
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๕. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....  
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๖. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....  
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๗. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....  
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

(.....)

ตำแหน่ง.....

# ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชินีนาถ ณ อำเภอนาทวี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ ประจำเดือน.....พ.ศ. .... เป็นเงิน	.....
รวมเงิน	.....

จำนวนเงิน(ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาววรรณฤดี เจริญมณี)  
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน