**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย**

**( ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ )**

**หน่วยบริการ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่**

**ประจำเดือน** ......................................................................

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติระดับ ๓

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย......................ปี......................เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ฝึกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.............ปี...............เดือน ดังนี้

* รพศ./รพท.........................................จังหวัด..........................ตั้งแต่............................ถึง.........................
* รพศ./รพท.........................................จังหวัด..........................ตั้งแต่............................ถึง.........................

๒. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./**รพช.**/รพ.สต......................................จังหวัด.................................จัดระดับ......................

ตั้งแต่วันที่………………….……… ถึงวันที่.................................รวม................ปี........................เดือน......................วัน

๓. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต............................................จังหวัด...........................จัดระดับ..........................

ตั้งแต่วันที่.........................................ถึงวันที่..................................รวม.....................ปี......................เดือน...........วัน

๔. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต............................................จังหวัด...........................จัดระดับ..........................

ตั้งแต่วันที่.........................................ถึงวันที่..................................รวม.....................ปี......................เดือน...........วัน

๕. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต............................................จังหวัด...........................จัดระดับ..........................

ตั้งแต่วันที่.........................................ถึงวันที่..................................รวม.....................ปี......................เดือน...........วัน

๖. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต............................................จังหวัด...........................จัดระดับ..........................

ตั้งแต่วันที่.........................................ถึงวันที่..................................รวม.....................ปี......................เดือน...........วัน

๗. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต............................................จังหวัด...........................จัดระดับ..........................

ตั้งแต่วันที่.........................................ถึงวันที่..................................รวม.....................ปี......................เดือน...........วัน

รวมทั้งสิ้น.............................ปี...................... เดือน.......................วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

...................................................

(………………………………………....)

ตำแหน่ง ………………………………………….

**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

วันที่................เดือน...........................................พ.ศ....................

ข้าพเจ้า............................................................................อยู่บ้านเลขที่.................................หมู่ที่...................... ตำบล.....................................อำเภอ.................................................จังหวัด.................................................................... ได้รับเงินจากโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.256๖  ประจำเดือน **..............................................** เป็นเงิน |  |
| **รวมเงิน** |  |

จำนวนเงิน (**..............................................................................................**)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ)....................................................ผู้รับเงิน

(……………………………………………)

(ลงชื่อ)....................................................ผู้จ่ายเงิน

(นางสุภาพร จันทาคีรี)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ