

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่

ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

(ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๙

(ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ.๒๕๕๙ และ (ฉบับที่ ๑๒) พ.ศ.๒๕๕๙)

ประจำเดือน

ข้าพเจ้า ชื่อ..... ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ระดับ/กลุ่ม

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.....ศรีเชียงใหม่.....จังหวัด.....หนองคาย.....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

.....
(นายแหลมทอง แก้วตระกูลพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่

ผู้รับรอง

หัวหน้าหน่วยบริการ/หัวหน้าฝ่าย/ตึก/หัวหน้าหน่วยงาน

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลศรีเชียงใหม่ อำเภอศรีเชียงใหม่ จังหวัดหนองคาย ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ.๒๕๕๙	
ประจำเดือน เป็นเงิน	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (.....)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(นางสุภาพร จันทาศิริ)

นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ