



ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ โรงพยาบาลบางชั้น  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..... จังหวัด..... ระดับ/กลุ่ม.....๑.....

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.....
- 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

เหมาจ่ายในอัตราเดือนละ.....บาท รวมเวลา.....๑.....เดือน เงิน.....บาท

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน  
ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

ทำงานไม่น้อยกว่า ๑๕ วันทำการ

ไม่ครบวันทำการ

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

ตำแหน่ง.....

อนุมัติ

(นายวิทยา รัชยา)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางชั้น

ตรวจถูกต้อง

.....

หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน

.....  
ผู้ตรวจสอบวันลา

(นางนันทน์ภัส รัชศรีทอง)

ตรวจถูกต้อง

.....  
(นางอรทัย รัตนบุรี)

นักวิชาการเงินและบัญชี

ตรวจถูกต้อง

.....  
(นายเศรษฐภักดิ์ พวงศรีพงศ์)

นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป

