

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย

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

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....จังหวัด.....ระดับ/กลุ่ม.....พื้นที่เฉพาะ.....ระดับ.....

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

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

() รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

() รพศ./รพท.....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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้า
ขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

(.....)

ตำแหน่ง.....

รายละเอียดการปฏิบัติงานใน.....โรงพยาบาลบางชั้น..... ประจำเดือน..... พ.ศ.....

เดือน	วันทำการ (วัน)	วันหยุด (วัน)	ประชุม/ อบรม(วัน)	การลา(วัน)				รวมวัน ปฏิบัติงาน(วัน)
				ลาป่วย	ลากิจ	ลาพักผ่อน	อื่นๆ	

ข้าพเจ้าได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลบางชั้น.....เป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ขอยกเว้น การลาไปอุปสมบท หรือการลาไปประกอบพิธีฮัจญ์หรือการลาคงอดบุตร ในแต่ละประเภทโดยให้นับรวมเป็นวันทำการได้ไม่เกิน ๙๐ วันต่อปีงบประมาณ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบวันลา
(.....นางนันทน์ภัส รักษ์ศรีทอง.....)

ตำแหน่ง.....เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ตำแหน่ง.....

ตรวจสอบความถูกต้อง/รับรองการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้างาน/ฝ่าย
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ
(.....นายวิทยา ระย้า.....)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบางชั้น