

**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยบริการ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่จังหวัด.....ระดับ/กลุ่ม.....

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

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ฝึกเพิ่มพูนทักษะ (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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
คืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

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

ตำแหน่ง.....

ใบสำคัญรับเงิน

ที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
ได้รับเงินจากโรงพยาบาลคำตากล้า ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำเดือน.....พ.ศ.....	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (.....)
(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)