

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ โรงพยาบาลปากพนัง

ประจำเดือน.....

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุลตำแหน่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ. ปากพนัง จังหวัด นครศรีธรรมราช ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติ ๑

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ ปี เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือนดังนี้

○ 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 และหากมีการเรียกเงินคืนข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
คืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

ลาป่วย.....วันทำการ

ลากิจ.....วันทำการ

ลาพักผ่อน.....วันทำการ

ประชุม/อบรม.....วัน

ในเดือนนี้ได้มาปฏิบัติงานจำนวน.....วัน

ได้ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

(.....)

ตำแหน่ง.....

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ความเห็นของหัวหน้างาน/หัวหน้าฝ่าย

ได้ตรวจสอบข้อมูลดังกล่าว

ถูกต้อง

ไม่ถูกต้อง

(.....)

ตำแหน่ง.....

(นายสมเกียรติ วรยุทธการ)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง