

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ.....จังหวัด.....จัดระดับ/กลุ่ม.....

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 และหากมีการเรียกเงินคืนข้าพเจ้าขอ  
รับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

รายละเอียดการปฏิบัติงานใน...โรงพยาบาลปากพนัง...ประจำเดือน.....พ.ศ.....

เดือน	วันทำการ (วัน) ๑	วันหยุด (วัน) ๒	ประชุม/ อบรม (วัน)	การลา (วัน)				รวมวัน ปฏิบัติงาน (วัน) ๑ - ๒
				ลาป่วย	ลากิจ	ลาพักผ่อน	อื่น ๆ	

ข้าพเจ้าได้รับเงินจาก  เงินงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช  
 เงินบำรุง โรงพยาบาลปากพนัง

เป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

ข้อยกเว้น การลาไปอุปสมบท หรือการลาไปประกอบพิธีฮัจญ์หรือการลาคลอดบุตร ในแต่ละประเภทโดยให้  
นับรวมเป็นวันทำการได้ไม่เกิน ๙๐ วันต่อปีงบประมาณ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบวันลา  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

ตรวจสอบความถูกต้อง/รับรองการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ ..... หัวหน้างาน/กลุ่มงาน  
(.....)  
ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง  
(..นายสมเกียรติ วรรณฤทธิการ..)  
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง