

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน อ.โพธาราม จ.ราชบุรี  
ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ..... ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ ...โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน.....จังหวัด.....ราชบุรี...ระดับ/กลุ่ม.....2.....

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

● รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

● รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน.....จังหวัด.....ราชบุรี.....จัดระดับ.....2.....

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

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

(.....)

.....

ผู้รับรองหัวหน้าหน่วยบริการ/หัวหน้าฝ่าย/ตึก/หัวหน้าหน่วยงาน

# ใบสำคัญรับเงิน

โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....  
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....  
จังหวัด..... ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลเจ็ดเสมียน ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
- ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุขพ.ศ.2544 (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2559 ประจำเดือน ..... เดือนละ .....	
<b>รวมเงิน</b>	
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)	

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน  
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)