

## แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน...นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (หัวหน้าหน่วยบริการ/หน่วยงาน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ)

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส. ....ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน .....

โรงพยาบาล / หน่วยงาน .....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

(๑) กลุ่มที่.....รหัสจัดกลุ่ม.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... เป็นต้นไป.....

(๒) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม .....

(กรณี นพ๒๑ และ นพ๓๑ ให้ระบุสาขา วว.หรือ อว. ด้วย และ พว๒๖

ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้า  
แสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตาม  
จำนวนที่ได้รับผิดพลาดไป

ลงชื่อ .....

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่..... เป็นต้นไป ( ) ไม่เห็นชอบ เพราะ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

ตำแหน่ง .....

( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

ลงชื่อ .....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตำแหน่ง .....

หัวหน้าหน่วยบริการ

ประธานคณะกรรมการตามข้อ ๑.๓

หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ/ใบอบรมหลักสูตรที่สภาการพยาบาลรับรอง