

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ.....

ประจำเดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ จังหวัด ระดับ/กลุ่ม GIS

ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย ปี เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. เริ่มฝึกเพิ่มพูนทักษะที่ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน ปี เดือนดังนี้

รพศ./รพท. จังหวัด ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่

รพช. จังหวัด ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

๓. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

๕. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

๖. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

๗. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล จังหวัด..... จัดระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่..... รวม..... ปี..... เดือน..... วัน

รวมทั้งสิ้น ปี เดือน วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าวันทำการ ในเดือน พ.ศ. มีไม่น้อยกว่า 15 วันทำการ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

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

ตำแหน่ง

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา สำหรับเดือน พ.ศ.	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

ลงชื่อผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน
(.....)