

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ โรงพยาบาลป่าบอน

ประจำเดือน..... พ.ศ. ....

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลป่าบอน จังหวัดพัทลุง ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติ ๒

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย.....ปี.....เดือน(นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังต่อไปนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

( ) รพศ./รพท. . จังหวัด ตั้งแต่ .....ถึง.....

( ) รพศ./รพท.....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

ข้าพเจ้าขอรับรอง เพื่อขอรับค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วย  
บริการ ว่าเป็นความจริง หากการเบิกเงินของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงิน  
ค่าตอบแทน เบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.  
๒๕๖๖ ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีที่นำเงินที่ได้รับแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

(.....)

ตำแหน่ง