

เอกสารแนบท้ายตามข้อ ๑๑.๖ ของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน  
แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับ  
หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ.๒๕๕๙

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่  
ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....  
ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....ระดับ/กลุ่ม.....  
ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)  
โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย) เงินจำนวน .....บาท  
(.....)

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

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

( ) รพช.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

๓. ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

๔. ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรอง เพื่อขอรับค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ  
(ฉบับที่๑๑) ว่าเป็นความจริง หากการเบิกเงินของข้าพเจ้าไม่ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงิน  
ค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในหน่วย  
บริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙ และได้รับค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาะสม  
สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน ในหน่วยบริการ (ฉบับที่ ๑๑) ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทาง  
ราชการตามจำนวนที่ได้รับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

.....ลายมือชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....