

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

ประจำเดือน

ข้าพเจ้า ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง
ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ.งขลา..... จังหวัดพัทลุง..... ระดับ/กลุ่มพื้นที่เฉพาะ ระดับ ๑.....
ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย ปี เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)
ได้รับเงินจำนวน บาท (.....)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน ปี เดือน ดังนี้
- รพศ./ท. จังหวัด ตั้งแต่ ถึง
 - รพช. 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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ขอเบิก
(.....)
ตำแหน่ง

ได้ตรวจสอบแล้วรับรองว่าได้ปฏิบัติราชการดังที่แจ้งจริง

อนุมัติให้เบิกได้

(.....)
ตำแหน่ง

(นายกวิน กลีบคุณ)
นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลงขลา