ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่

ที่ปฏิบัติในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

………………………………

หน่วยบริการ...........................................

ประจำเดือน............................พ.ศ............

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ ....................................................จังหวัด..............................ระดับ/กลุ่ม...........................

ได้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย...................ปี............เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานดังต่อไปนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ 1 ด้วย)

1. ฝึกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่ 1) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.......................ปี...............เดือน ดังนี้

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

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน
2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน
3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน
4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน
5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน
6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..............................จังหวัด.................................จัดระดับ................................. ตั้งแต่วันที่...........................ถึงวันที่...............................รวม..............ปี.......................เดือน....................วัน

รวมทั้งสิ้น.........-........ปี.................เดือน................วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกคืนเงิน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

ปฏิบัติงานประจำเดือน....................2566 (๑,๒,๓,๔,๕,๖,๗,๘,๙,๑๐,๑๑,๑๒,๑๓,๑๔,๑๕,๑๖,

๑๗,๑๘,๑๙,๒๐,๒๑,๒๒,๒๓,๒๔,๒๕,๒๖,๒๗,๒๘,๒๙,๓๐,๓๑)

............................................

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

ตำแหน่ง.................................................