ใบสำคัญรับเงิน

ค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานีอนามัยหรือหน่วยบริการในเครือข่ายโรงพยาบาลทั่วไป

หน่วยงานที่ขอเบิก...............................................................อำเภอเมืองสิงห์บุรี จังหวัดสิงห์บุรี

เดือน......................................... พ.ศ. .................

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่ง | ตำแหน่งที่ขอรับค่าตอบแทน | ระยะเวลาปฏิบัติงาน ปี/เดือน | อัตราค่าตอบแทนต่อเดือน | รวมค่าตอบแทน ที่ขอเบิก | ลายมือชื่อผู้รับเงิน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมทั้งสิ้น |  |  |

จำนวนเงินตัวอักษร (...................................................................)

ขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นจริงทุกประการ

ลงชื่อ....................................................................................

ลงชื่อ....................................................................................ผู้จ่ายเงิน