

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติ

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

● รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

● รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๓. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๔. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๕. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๖. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๗. ปฏิบัติงานที่รพศ./รพท./รพ./รพ.สต.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ซึ่ง เดือน..... พ.ศ..... มีวันราชการทั้งหมด วัน และข้าพเจ้าได้ปฏิบัติราชการ

จำนวน วัน (ลาป่วย.....วัน, ลากิจ.....วัน, ลาพักผ่อน.....วัน, ไปราชการ.....วัน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

หัวหน้าหน่วยบริการ/หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าหน่วยงาน