

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ
ประจำเดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....
ปัจจุบันปฏิบัติงานที่.....จังหวัด.....ระดับ/กลุ่ม.....
ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)
โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบ
คืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

ตรวจสอบ

.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

.....
(นางสาวมัชฌิณี ตี้อราแม)
ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี