

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.....

.....
(นางสาวอุไรพร แก้วบุตร)
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชีชำนาญการ