

แบบรับคำตอบแทน ประเภท

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (หัวหน้าหน่วยบริการ/หน่วยงาน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ)

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส. เลขบัตรประชาชน

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน โรงพยาบาล รหัสหน่วยงาน

ตำแหน่ง เลขที่ใบประกอบโรคศิลป์

มีความประสงค์ขอรับคำตอบแทนประเภท พ.ต. ส.

(๑) กลุ่มที่ รหัสจัดกลุ่ม ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่

(๒) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม

(กรณี นพ๒๑ และ นพ๓๑ ให้ระบุสาขา วว.หรือ อว. ด้วย พว๒๖ ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับคำตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับคำตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้ว ส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับผิดพลาดไป

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

ความเห็นหัวหน้าหน่วยบริการ

(/) เห็นชอบ ตั้งแต่.....ถึง..... (/) เห็นชอบ ตั้งแต่.....ถึง.....

() ไม่เห็นชอบ เพราะ..... () ไม่เห็นชอบ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

()

ตำแหน่ง.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

มิสเตอร์ พ.ต.ส.

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ประธานคณะกรรมการตามข้อ ๑.๓