

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ข้าพเจ้า.....

- ข้าราชการ ตำแหน่ง.....
 ลูกจ้างประจำ

ขอยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ดังนี้

๑. ข้าพเจ้า

ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งและปฏิบัติราชการประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดปัตตานี.....

ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติราชการในลักษณะประจำ ในสำนักงานในพื้นที่พิเศษ (สำหรับผู้มาช่วยราชการ)

ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๒. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ เดือนละ ๒,๐๐๐.- บาท
ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม เป็นต้นไป

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริง และข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ สำหรับการ
ปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานใน
พื้นที่พิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๔

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.

เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานใน
พื้นที่พิเศษ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๔

ลงชื่อ.....

(นายอรรณู รอกา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งยางแดง

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.....

ขอให้ได้รับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบคำขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ข้าพเจ้า.....

พนักงานราชการ ตำแหน่ง.....

ขอยื่นคำขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ต่อ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี ดังนี้

๑. ข้าพเจ้า

ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งและปฏิบัติราชการประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ตำแหน่ง.....สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด.....อำเภอเมือง.....จังหวัดปัตตานี.....

ได้รับคำสั่งให้ปฏิบัติราชการในลักษณะประจำ ในสำนักงานในพื้นที่พิเศษ (สำหรับผู้มาช่วยราชการ)

ตำแหน่ง.....สังกัด.....อำเภอ.....จังหวัด.....

๒. ข้าพเจ้าขอรับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ เดือนละ ๒,๕๐๐.- บาท
ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม เป็นต้นไป

๓. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อความข้างต้นเป็นความจริง และข้าพเจ้ามีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ สำหรับการ
ปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานใน
พื้นที่พิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๔

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.....

เสนอ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าผู้นี้มีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานใน
พื้นที่พิเศษ ตามพระราชกฤษฎีกาเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ พ.ศ. ๒๕๔๔

ลงชื่อ.....

(นายอรุณ รอกา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งยางแดง

วันที่ ๑ เดือน ตุลาคม พ.ศ.....

ขอให้ได้รับเงินสวัสดิการสำหรับการปฏิบัติงานประจำสำนักงานในพื้นที่พิเศษ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....