**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย**

หน่วยบริการ โรงพยาบาลพล

ประจำเดือน.......................................พ.ศ..........................

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพศ./รพท./รพ./รพ.สต................................................จังหวัดขอนแก่น...ระดับ/กลุ่ม.................................

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

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ฝึกเพิ่มพูนทักษะ (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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

.................................................................

(.........................................................................)

ตำแหน่ง.........................................................................

.......................................................................

(......................................................................)

..........................................................

ผู้รับรอง

หัวหน้าหน่วยบริการ/หัวหน้าฝ่าย/ตึก/หัวหน้าหน่วยงาน

**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่ ..................................................................

วันที่................เดือน...........................................พ.ศ....................

ข้าพเจ้า.................................................................เลขบัตรประจำตัวประชาชน.............................................

อยู่บ้านเลขที่.........................หมู่ที่.....................ตำบล.....................................อำเภอ.................................................

จังหวัด.......................................รับเงินจาก โรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| * ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.2544 (ฉบับที่ 11 ) พ.ศ.2559   ประจำเดือน.......................................พ.ศ........................ เป็นเงิน |  |
| **รวมเงิน** |  |

จำนวนเงิน (.........................................................................................................)

(ตัวอักษร)

(ลงชื่อ)....................................................ผู้รับเงิน

(.....................................................)

(ลงชื่อ)....................................................ผู้จ่ายเงิน

(....................................................)