

เอกสารแนบท้ายตามข้อ ๑๑.๖ ของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน
แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับ
หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ _____
ประจำเดือน _____

ข้าพเจ้า ชื่อ _____ นามสกุล _____ ตำแหน่ง _____
ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพช.เมืองปาน จังหวัดลำปาง ระดับ / กลุ่ม พื้นที่ปกติ ระดับ ๓
ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย _____ ปี _____ เดือน _____ วัน(นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)
โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผักเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน	_____ ปี	_____	_____	_____	_____
• รพศ./รพท. _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
• รพศ./รพท. _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
๒. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
๓. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
๔. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
๕. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
๖. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
๗. ปฏิบัติงานที่ _____ จังหวัด _____	_____	_____	_____	_____	_____
ตั้งแต่วันที่ _____ ถึงวันที่ _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวม _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____
รวมทั้งสิ้น _____ ปี _____	_____	_____	_____	_____	_____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

ตำแหน่ง _____

ใบสำคัญรับเงิน

ที่

วันที่

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ

จังหวัด ได้รับเงินจากโรงพยาบาลเมืองปาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
- ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขพ.ศ.๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ.๒๕๕๙ รวมทั้งสิ้น ปี เดือน วัน ประจำเดือน เป็นเงิน		
รวมเป็นเงิน		

(.....)

ลงชื่อ

ผู้รับเงิน

ลงชื่อ

ผู้จ่ายเงิน

.....
.....