

ใบสำคัญเบิกค่าตอบแทนฉบับที่ 11

พื้นที่ปกติ () พื้นที่เฉพาะ ระดับ 3 (/)

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ข้าพเจ้า บรรจุเมื่อวันที่ เดือน พ.ศ. ขอเบิกเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับ (ตำแหน่ง) ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ท่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ. ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าตอบแทนแบบ ทำยกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนแบบ เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวง สาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559 ในอัตราเดือนละ บาท ประจำเดือนพ.ศ. รวม 1 เดือน		ข้าพเจ้าได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ย เลี้ยงเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ ดังกล่าว เป็นเงิน บาท (.....) จึงขอรับรองว่ารายละเอียดที่กรอก ทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการหาก มีการตรวจสอบพบว่าเป็นข้อมูลเท็จ ข้าพเจ้ายินดีคืนเงิน ตามจำนวน ดังกล่าว (.....) ผู้ขอรับเงิน
เป็นเงิน		

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติงานที่แห่งนี้จริง () อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

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

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

.....

.....

.....

ข้าพเจ้าได้รับเงินแล้ว จำนวน บาท

ตัวอักษร (.....)

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

ผู้รับเงิน