ใบสำคัญเบิกค่าตอบแทนฉบับที่ 11

พื้นที่ปกติ ( ) พื้นที่เฉพาะ ระดับ 3 (/)

รายการ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ข้าพเจ้า .... บรรจุเมื่อวันที่ .... เดือน .... พ.ศ. .... ขอเบิกเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย สำหรับ (ตำแหน่ง) .... ได้ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ตั้งแต่วันที่ .... เดือน .... พ.ศ. .... ถึงวันที่ .... เดือน .... พ.ศ. .... ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไข การจ่ายค่าตอบแทนแนบท้ายกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนแนบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2544 (ฉบับที่ 11) พ.ศ. 2559 ในอัตราเดือนละ .... บาท ประจำเดือน ....พ.ศ. .... รวม 1 เดือน		ข้าพเจ้าได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายตามหลักเกณฑ์ดังกล่าว เป็นเงิน .... บาท (...) จึงขอรับรองว่ารายละเอียดที่กรอกทั้งหมดเป็นความจริงทุกประการหากมีการตรวจสอบพบว่าเป็นข้อมูลเท็จข้าพเจ้ายินดีคืนเงิน ตามจำนวนดังกล่าว .... (...) ผู้ขอรับเงิน
เป็นเงิน		

ได้ตรวจสอบแล้ว ขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวได้ปฏิบัติงานที่แห่งนี้จริง ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

(....)

(นายสุดสาคร ไชยสาร)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ข้าพเจ้าได้รับเงินแล้ว จำนวน .... บาท
ตัวอักษร (...)

....
(..)
ผู้รับเงิน