

เอกสารแนบท้ายตามข้อ 11.6 ของหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน
แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับ
หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 (ฉบับที่ 11)พ.ศ.2559

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
หน่วยบริการ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ประจำเดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้านามสกุล ตำแหน่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ.ทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี ระดับ/กลุ่ม

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการเครือข่าย ปี เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....) โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้
(เฉพาะสายแพทย์ ตอบข้อ 1 ด้วย)

1.ฝึกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่ 1) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงานปี.....เดือน ดังนี้

() รพศ/รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

() รพช.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

2.ปฏิบัติงานที่ รพ.ทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่รวมปีเดือน.....วัน

3.ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

4.ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

5.ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

6.ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

7.ปฏิบัติงานที่.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

.....ลายมือชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง.....