

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

ประจำเดือนพ.ศ.

ข้าพเจ้าชื่อนามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ.จังหวัด.....ระดับ/ กลุ่ม

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย.....ปี.....เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือน ดังนี้

๑.รพศ/ท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒.รพช.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

๓. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

๕. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

๖. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

๗. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลจังหวัด.....จัดระดับ

ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมปี.....เดือน.....วัน

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ

ได้รับเงินจำนวน.....บาท ตัวอักษร (.....)

.....

(.....)

(ตำแหน่ง).....