

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการโรงพยาบาลบ้านค่าย

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลบ้านค่าย.....จังหวัด.....ระยอง.....ระดับ/กลุ่ม.....พื้นที่ปกติ ระดับ ๒

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย.....ปี.....เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือนดังนี้

○ รพศ./รพท.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

○ รพช.....จังหวัด.....ตั้งแต่.....ถึง.....

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับพื้นที่ปกติ ระดับ ๒

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

๓. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๕. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๖. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

๗. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการและปฏิบัติงานในเดือนที่เบิกจ่ายจำนวน.....วันทำการ
หากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

(.....)