

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี่ยงเลียงเหมาะจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการในเครือข่าย

หน่วยบริการ โรงพยาบาลเพ็ญ

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงานที่.....

โรงพยาบาลเพ็ญ.....จังหวัด.....อุดรธานี.....ระดับ/กลุ่ม.....F1.....

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการเครือข่าย.....ปี.....เดือน(นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ 1 ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ 1) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน.....ปี.....เดือนดังนี้

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

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

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๓. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๔. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๕. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๖. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

๗. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....รพช.(F1).....

ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....รวม.....ปี.....เดือน.....วัน

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....



(นายไสภณ ฌษณ)

ปลัดกระทรวงสาธารณสุข