

# ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่

ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

หน่วยบริการ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า ชื่อ.....นามสกุล.....ตำแหน่ง.....

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

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

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

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

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

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

๒. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.....จังหวัด.....จัดระดับ.....

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าว เป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้า  
ขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

.....  
(.....)

ตำแหน่ง.....