

รายละเอียดการปฏิบัติงานใน.....ประจำเดือน..... พ.ศ.....

เดือน	วันทำการ (วัน) ๑	รวมวันลาทุก ประเภท ๒	ประชุม/ อบรม (วัน)	การลา(วัน)				รวมวัน ปฏิบัติงาน(วัน) ๑-๒
				ลาป่วย	ลากิจ	ลาพักผ่อน	อื่นๆ	

ข้าพเจ้าได้รับเงิน เงินงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช

เงินบำรุง (หน่วยงาน).....

เป็นเงินทั้งสิ้น บาท (.....)

ขอยกเว้น การลาไปอุปสมบท หรือการลาไปประกอบพิธีฮัจญ์หรือการลาคอลดบุตร ในแต่ละประเภทโดยให้นับรวมเป็นวันทำการได้ไม่เกิน ๙๐ วันต่อปีงบประมาณ

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบวันลา

(.....)

ตำแหน่งผู้รับผิดชอบวันลา

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง เจ้าตัวผู้มีสิทธิรับเงิน

ตรวจสอบความถูกต้อง/รับรองการปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....หัวหน้างานกลุ่มงาน

(.....)

ตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานที่เจ้าตัวปฏิบัติงาน

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ตำแหน่ง หัวหน้าส่วนราชการ ผอ/สสอ