

ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย

ประจำเดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า ชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงาน ที่ รพ. จังหวัด ระดับ/กลุ่ม

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย ปี เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑. ผูกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ ๑) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน ปี เดือน ดังนี้

• รพศ./ท. 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

.....

(.....)

ตำแหน่ง