**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย**

หน่วยบริการ **โรงพยาบาลปรางค์กู่**

 ประจำเดือน พ.ศ. .

ข้าพเจ้าชื่อ นามสกุล ตำแหน่ง .

ปัจจุบันที่ปฏิบัติงานที่ รพ. ปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติ ระดับ ๓

ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยในเครือข่าย ปี เดือน(นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้(เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ ๑ ด้วย)

๑.ฝึกเพิ่มพูนทักษะ(ปีที่๑) รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน. .ปี..........................เดือน ดังนี้

รพศ/รพท...............................จังหวัด................ตั้งแต่..............................ถึงวันที่........................................

รพศ/รพท...............................จังหวัด................ตั้งแต่..............................ถึงวันที่........................................

๒.ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล ปรางค์กู่ จังหวัด ศรีสะเกษ จัดระดับ พื้นที่ปกติ ระดับ ๓ 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 และหากมีการเรียกเก็บเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

ขอรับรองว่ามีวันทำการครบ ๑๕ วันจริง

 ( )

 ตำแหน่ง .

( )

ตำแหน่ง .

(นายเสกสรรค์ จวงจันทร์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปรางค์กู่

**ใบสำคัญรับเงิน**

 ที่ โรงพยาบาลปรางค์กู่ .

วันที่ เดือน พ.ศ. .

 ข้าพเจ้า เลขบัตรประจำตัวประชาชน .

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ตำบล อำเภอ จังหวัด. .

ได้รับเงินจาก ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| -ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๖๖ประจำเดือน พ.ศ. เป็นเงิน  |  |
| **รวมเงิน** |  |

 จำนวนเงิน ( ) (ตัวอักษร)

 (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน

 ( )

 (ลงชื่อ)....................................................ผู้จ่ายเงิน

 (นางสาววนิดา แหวนวงษ์)

 ตำแหน่ง เจ้าพนักงานธุรการ