



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเทพา อำเภเทพา จังหวัดสงขลา โทร. ๐ ๗๔๓๗ ๖๓๕๙-๖๐

ที่ สข ๐๐๓๓.๓๑๑/๐๘/

วันที่

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้

เรียน หัวหน้ากลุ่มงาน กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่าเดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน จำนวน.....วันทำการ และมีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ ของข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๖๖ เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....

(.....) ผู้เบิก

ตำแหน่ง

.....

(.....) ผู้ตรวจสอบ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หัวหน้า กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์ และสารสนเทศทางการแพทย์

กลุ่มงานบริหารทั่วไป ได้ตรวจสอบวันลาของ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ..... แล้ว ตามหลักฐานใบลา

๑. ลากิจ.....

จำนวน วัน

๒. ลาป่วย.....

จำนวน วัน

๓. ลาพักผ่อน.....

จำนวน วัน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลเทพา อำเภอเทพา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

อยู่บ้านเลขที่.....รพ.เทพา.....ตำบล.....เทพา.....อำเภอ.....เทพา.....จังหวัด.....สงขลา.....

ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลเทพา.....

รายการ	จำนวนเงิน	
การจ่ายเงินการเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในพื้นที่จังหวัด ชายแดนภาคใต้ พ.ศ. ๒๕๖๖ ตามหนังสือกระทรวงสาธารณสุข ที่ สธ ๐๒๐๒.๓.๗/ว ๒๙๑ ลงวันที่ ๑๘ พฤษภาคม ๒๕๖๖ สำหรับ () แพทย์ () ทันตแพทย์ () เภสัชกร () พยาบาลวิชาชีพ () เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นที่มีสายงานเริ่มต้นในวุฒิปริญญาตรีขึ้นไป () เจ้าหน้าที่ตำแหน่งอื่นที่มีสายงานเริ่มต้นในวุฒิต่ำกว่าปริญญาตรี ประจำเดือน..... พ.ศ..... จำนวน.....เดือน อัตราเดือนละ บาท		
รวมเงิน		

(.....)

(จำนวนเงินตัวอักษร)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางสาวกรรณก สุวรรณ)