

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน..... โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

(1) กลุ่มที่.....รหัสจัดกลุ่ม.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม.....(กรณี นพ21 และ นพ31 ให้ระบุสาขา วว.หรือ
อว. ด้วย และ พว26 ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย).....

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.....ต.ส. ว่าเป็นความจริง
หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้ว
ส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

() เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่..... () ไม่เห็นชอบ เพราะ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(นายสมพงษ์.....ต้นจริยภรณ์.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน.....

หัวหน้าหน่วยบริการ

ลงชื่อ.....

(.....นายสมพงษ์.....ต้นจริยภรณ์.....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเลิดสิน.....

ประธานคณะกรรมการตามข้อ

1.3