

() ข้าราชการ () พนักงานราชการ () พนักงานกระทรวงสาธารณสุข () ลูกจ้างชั่วคราว

แบบตรวจสอบข้อมูลสิทธิ

() กรณีบรรจุใหม่หรือตรวจสอบสิทธิครั้งแรก () กรณีแก้ไขข้อมูลโดยไม่เปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

() กรณีแก้ไขข้อมูลสิทธิโดยเปลี่ยนอัตราเงิน พ.ต.ส.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์

ข้าพเจ้า

ข้าราชการผู้ดำรงตำแหน่ง

ปฏิบัติงานในราชการ

() ส่วนกลาง กลุ่มงานหรือกลุ่ม.....กองหรือสำนัก.....

() ส่วนภูมิภาค กลุ่มงานหรือแผนก

โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์

ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่ง

ปฏิบัติงานตามมาตรฐานกำหนดตำแหน่งในด้าน.....() ปฏิบัติการ () การวางแผน () การประสานงาน () การบริการ

ได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน.....

ในอัตราเดือนละบาท ตั้งแต่วันที่

ข้าพเจ้าได้แนบเอกสารหลักฐานประกอบการรับเงิน พ.ต.ส. ดังนี้

๑. ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ/เวชกรรม.....

๒. วุฒิบัตร สาขา.....

คำเตือน : กรณีเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติงาน เปลี่ยนแปลงตำแหน่ง หรือเปลี่ยนแปลงหน่วยงานที่ปฏิบัติงาน ผู้มีสิทธิได้รับเงิน พ.ต.ส. มีหน้าที่แจ้งแก่เจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคลของส่วนราชการ/หน่วยงานบริหารทั่วไป (ในกรณีที่ส่วนราชการไม่มีเจ้าหน้าที่งานบริหารทรัพยากรบุคคล) เพื่อแก้ไขข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. ให้ถูกต้องและเป็นปัจจุบันตลอดเวลาที่รับเงิน พ.ต.ส. และหากผู้มีสิทธิคนใดแจ้งข้อมูลสิทธิการรับเงิน พ.ต.ส. เป็นเท็จ หรือละเว้นไม่แจ้งแก้ไขข้อมูลสิทธิของตนให้ถูกต้อง โดยเจตนาให้เกิดความเสียหายแก่หน่วยงานของรัฐ อาจมีความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา ๑๓๗/ หรือมาตรา ๒๖๗ และอาจถูกดำเนินการทางวินัยฐานทุจริตเงิน พ.ต.ส. ได้

ลงชื่อ ผู้ขอรับ

วันที่

ลงชื่อ ผู้อนุมัติ

วันที่

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรดิตถ์