**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย**

หน่วยบริการ.....................................................

ประจำเดือน.................................พ.ศ..................

ข้าพเจ้าชื่อ..........................................นามสกุล........................................ตำแหน่ง...............................................

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ...........................................................จังหวัดชัยภูมิ ระดับ/กลุ่ม.....................................

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย....................ปี..............เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย) โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ 1)

1. ฝึกเพิ่มพูนทักษะ (ปีที่ 1) รวมระยะเวลาการปฏิบัติงาน....................ปี.................เดือน ดังนี้

o รพศ./รพท......................................จังหวัด.............................ตั้งแต่...........................ถึง..............................

o รพศ./รพท......................................จังหวัด.............................ตั้งแต่...........................ถึง..............................

2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

7. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด.....................................จัดระดับ............

ตั้งแต่วันที่...........................................ถึงวันที่........................................รวม…........ปี............เดือน.............วัน

รวมทั้งสิ้น.................ปี.................เดือน.................วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

ลงชื่อ...........................................................

(.....................................................................)

ตำแหน่ง..................................................................

ลงชื่อ ........................................................... (ผู้รับรอง)

(นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

**ใบสำคัญรับเงิน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์  วันที่………...เดือน……………..………..พ.ศ…………..  ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง ………………………………………….…..………  ประเภท ข้าราชการพลเรือนสามัญ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้รับเงินจาก  🖵 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ 🖵 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ดังนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| **บาท** | **สต** |
| ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่ ปกติ ระดับ 3 ประจำเดือน.......................................(ตามหนังสือที่ สธ 0202.3.7/ว.79 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในอัตรา เดือนละ บาท รวม 1 เดือน  🖵 ปีที่ 1 – ปีที่ 3  🖵 ปีที่ 4 – ปีที่ 10  🖵 ปีที่ 11 ขึ้นไป  \*\*ใบอนุญาตเลขที่................................... ตั้งแต่ วันที่............................................................  หมดอายุ วันที่..........................................................  รวม  จำนวนเงินตัวอักษร (……..…………………………………………………)    (ลงชื่อ)…………………….………………………..ผู้รับเงิน  (…….…………………..……………………......)  (ลงชื่อ)………………………..……..…………….ผู้จ่ายเงิน  (นายสันติ ไกรโคกสูง) |  |  |
|  | - |
| (การเงิน รพช) |  |

* ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า
* ได้ปฏิบัติราชการตามที่ขอเบิกค่าตอบแทนฯ จริง

(ลงชื่อ)…………………………….................. (ผู้ตรวจสอบ)

(นายสันติ ไกรโคกสูง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)……………………………............... (ผู้ตรวจสอบ) (ลงชื่อ)……………….……………………….. (ผู้รับรอง)

(นางพัชรี พิมพ์โคตร) (นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

**ใบสำคัญรับเงิน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์  วันที่………...เดือน……………..………..พ.ศ…………..  ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง ………………………………………….…..………  ประเภท พนักงานราชการ ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้รับเงินจาก  🖵 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ 🖵 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ดังนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| **บาท** | **สต** |
| ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่ ปกติ ระดับ 3 ประจำเดือน.......................................(ตามหนังสือที่ สธ 0202.3.7/ว.79 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในอัตรา เดือนละ บาท รวม 1 เดือน  🖵 ปีที่ 1 – ปีที่ 3  🖵 ปีที่ 4 – ปีที่ 10  🖵 ปีที่ 11 ขึ้นไป  \*\*ใบอนุญาตเลขที่................................... ตั้งแต่ วันที่............................................................  หมดอายุ วันที่..........................................................  รวม  จำนวนเงินตัวอักษร (……..…………………………………………………)    (ลงชื่อ)…………………….………………………..ผู้รับเงิน  (…….…………………..……………………......)  (ลงชื่อ)………………………..……..…………….ผู้จ่ายเงิน  (นายสันติ ไกรโคกสูง) |  |  |
|  | - |
| (การเงิน รพช) |  |

* ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า
* ได้ปฏิบัติราชการตามที่ขอเบิกค่าตอบแทนฯ จริง

(ลงชื่อ)…………………………….................. (ผู้ตรวจสอบ)

(นายสันติ ไกรโคกสูง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)……………………………............... (ผู้ตรวจสอบ) (ลงชื่อ)……………….……………………….. (ผู้รับรอง)

(นางพัชรี พิมพ์โคตร) (นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์

**ใบสำคัญรับเงิน**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์  วันที่………...เดือน……………..………..พ.ศ…………..  ข้าพเจ้า.............................................................................ตำแหน่ง ………………………………………….…..………  ประเภท ลูกจ้าง ปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ ได้รับเงินจาก  🖵 โรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์ 🖵 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ดังนี้ | | |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** | |
| **บาท** | **สต** |
| ได้รับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสังกัดโรงพยาบาลชุมชน ในเขตพื้นที่ ปกติ ระดับ 3 ประจำเดือน.......................................(ตามหนังสือที่ สธ 0202.3.7/ว.79 ลงวันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2566 เรื่องหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทน แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2566 ในอัตรา เดือนละ บาท รวม 1 เดือน  🖵 ปีที่ 1 – ปีที่ 3  🖵 ปีที่ 4 – ปีที่ 10  🖵 ปีที่ 11 ขึ้นไป  \*\*ใบอนุญาตเลขที่................................... ตั้งแต่ วันที่............................................................  หมดอายุ วันที่..........................................................  รวม  จำนวนเงินตัวอักษร (……..…………………………………………………)    (ลงชื่อ)…………………….………………………..ผู้รับเงิน  (…….…………………..……………………......)  (ลงชื่อ)………………………..……..…………….ผู้จ่ายเงิน  (นายสันติ ไกรโคกสูง) |  |  |
|  | - |
| (การเงิน รพช) |  |

* ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่า
* ได้ปฏิบัติราชการตามที่ขอเบิกค่าตอบแทนฯ จริง

(ลงชื่อ)…………………………….................. (ผู้ตรวจสอบ)

(นายสันติ ไกรโคกสูง)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

อนุมัติให้เบิกจ่ายได้

(ลงชื่อ)……………………………............... (ผู้ตรวจสอบ) (ลงชื่อ)……………….……………………….. (ผู้รับรอง)

(นางพัชรี พิมพ์โคตร) (นายกฤษฎา ศิริภูมิ)

หัวหน้ากลุ่มงานบริหารทั่วไป ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเกษตรสมบูรณ์