

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอเบิกเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพช.....

ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน.....ปี.....เดือน

(นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย) ได้รับเงินจำนวน.....บาท(.....)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน หรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชนจนถึงปัจจุบัน
ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล(โรงพยาบาลชุมชน).....จังหวัด.....

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

2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล(โรงพยาบาลชุมชน).....

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

3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล(โรงพยาบาลชุมชน).....จังหวัด.....

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

4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล(โรงพยาบาลชุมชน).....จังหวัด.....

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

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล(โรงพยาบาลชุมชน).....จังหวัด.....

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

รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ขอเบิกเงินประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติหน้าที่ในเดือน.....เป็นเวลา.....วันทำการ

ลากิจ.....วัน, ลาป่วย.....วัน, ลาพักผ่อน.....วัน, ไปราชการ.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(นายพีระ คงทอง)

(.....)

(.....)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลร่อนพิบูลย์

ตำแหน่ง.....

ผู้รับรอง

หัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงาน