**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**

หน่วยบริการ…………….…..…………………………………

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

ข้าพเจ้า ชื่อ.................................นามสกุล.............................ตำแหน่ง........................................................................

ปัจจุบันปฏิบัติงาน ที่โรงพยาบาลจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ระดับ/กลุ่ม พื้นที่ปกติ ระดับ 2

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย................ปี.....................เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้(เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ 1 ด้วย)

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

รพศ./ท ...........................................จังหวัด...............................ตั้งแต่...........................ถึง..........................

รพช.................................................จังหวัด...............................ตั้งแต่...........................ถึง..........................

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.............................จังหวัด....................................................จัดระดับ.....................

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล............................................จังหวัด...................................จัดระดับ.......................

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล............................................จังหวัด....................................จัดระดับ......................

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล............................................จังหวัด....................................จัดระดับ......................

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล............................................จังหวัด....................................จัดระดับ......................

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

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล............................................จังหวัด....................................จัดระดับ......................

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

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

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ และหากมีการเรียกเงินคืน ข้าพเจ้าขอรับผิดชอบคืนเงินแต่เพียงผู้เดียว

..................................................

(………………………………………….)

ตำแหน่ง ………………………………………………….

**\*เริ่มใช้ 1 ตุลาคม 2566**