**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหรือหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย**

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

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

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ โรงพยาบาลบ้านนา จังหวัด นครนายก ระดับกลุ่ม 2.1

ได้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน..................ปี....................... เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย) ได้รับเงินจำนวน ..............................- บาท (......................................)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน จนถึงปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

1. เริ่มฝึกเพิ่มพูนทักษะที่

รพช. บ้านนา จังหวัด นครนายก ตั้งแต่วันที่.............................................. ถึงวันที่ ............................................. รพท./รพศ...........................จังหวัด.........................ตั้งแต่วันที่.............................ถึงวันที่.............................

รวม.................ปี.....................เดือน....................วัน(กรณีนี้ให้นับการฝึกที่ รพท./รพศ. เป็นอายุราชการได้)

2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน) บ้านนาจังหวัด นครนายก ระดับ GIS 2.1

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

3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

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

4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

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

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

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

6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

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

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

(กรณีหน่วยงานเรียกเงินคืน ข้าพเจ้ายินดีชดใช้คืนตามจำนวนเงินที่ได้รับมา โดยไม่มีเงื่อนไขใดๆภายใน 15 วัน หลังจากได้รับหนังสือแจ้งจากหน่วยงาน)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

………………………………………………….

( )

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

ตรวจสอบแล้ว ได้มาปฏิบัติงานไม่น้อยกว่า 15 วันทำการจริง

……………………………………………………………….

(………………………………………………………….)

ตำแหน่ง………………………………………………………

หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน…………………………………………………..