**ใบขอเบิกเงินสวัสดิการค่าเยี่ยมป่วย / เยี่ยมคลอดบุตร / ช่วยเหลือฌาปนกิจศพ**

 ข้าพเจ้า ตำแหน่ง .

งาน / กลุ่มงาน โรงพยาบาลบ้านนา มีความประสงค์ขอเบิกเงินสวัสดิการ เพื่อใช้จ่ายเกี่ยวกับ

 ( ) 1. เงินเยี่ยมป่วย สำหรับ ( ) ตนเอง ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) คู่สมรส ( ) บุตร

นาย / นาง / นางสาว .......................................................................................................จำนวนเงิน 500.- บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) พร้อมแนบสำเนาใบรับรองแพทย์

 ( ) 2. เงินเยี่ยมคลอดบุตร สำหรับ นาง / นางสาว .......................................................................จำนวนเงิน 3,000.- บาท (สามพันบาทถ้วน) พร้อมแนบสำเนาใบสูติบัตร

 ( ) 3. เงินค่าช่วยเหลือฌาปนกิจศพ สำหรับ ( ) ตนเอง ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) คู่สมรส ( ) บุตรนาย / นาง / นางสาว...................................................................................................... จำนวนเงิน 5,000.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน) พร้อมแนบสำเนาใบมรณะบัตร

 ผู้แจ้งความประสงค์

 ( )

 ตำแหน่ง .

ลงชื่อ..............................................ผู้ขอเบิกเงิน

 (นางสาวผุสดี ศรีสมบูรณ์กมล)

 ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ

 ประธาน HRD

วันที่.................................................

ลงชื่อ................................................ผู้จ่ายเงิน

 (นางสาวมณีรัตน์ มูลศรี)

 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

 หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล

วันที่................................................