**สำหรับพนักงานราชการ**

**แบบขอรับค่าตอบแทน**

**ประเภทเงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (ค.ต.ส.)**

**---------------------**

เรียน ……………………………………...................……(หัวหน้าหน่วยบริการ/หน่วยงาน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ)

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ ค.ต.ส. ..........................................................…………............................................................

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน ..............................................โรงพยาบาล/หน่วยงาน....................................................

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

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท ค.ต.ส.

 (1) กลุ่มที่ .............รหัสจัดกลุ่ม.................ตั้งแต่วันที่...………........................ถึงวันที่..........................

 (2)คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม...................................................................................................

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

 ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่มเพื่อขอรับค่าตอบแทนค.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน ค.ต.ส.ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

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

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น**

 ( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่...............................ถึง..............................

( ) ไม่เห็นชอบ เพราะ ...................................................................

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

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

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

 **( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ ( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ**

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

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

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

 หัวหน้าหน่วยบริการ ประธานคณะกรรมการตามข้อ1.3

**หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ**