**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือ หน่วยบริการในเครือข่าย**

 **หน่วยบริการ..........................................................**

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

ข้าพเจ้าชื่อ............................................นามสกุล..................................................ตำแหน่ง...........................................................

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพ...........................................................จังหวัดชัยภูมิ ระดับ/กลุ่ม...........................................................

ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยบริการเครือข่าย........................................ปี...................เดือน (นับถึงสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงาน ดังนี้ (เฉพาะสายแพทย์ตอบข้อ 1 ด้วย)

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

 o รพศ./รพท...........................................จังหวัด.................................ตั้งแต่..............................ถึง.........................................

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

2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล...........................................................จังหวัด.......................................... จัดระดับ..........................

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

3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล...........................................................จังหวัด........................................... จัดระดับ..........................

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

4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล..........................................................จังหวัด............................................ จัดระดับ..........................

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

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด............................................. จัดระดับ..........................

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

6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล.........................................................จังหวัด............................................. จัดระดับ..........................

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

7. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล........................................................จังหวัด............................................... จัดระดับ..........................

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

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

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริง ทุกประการ

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

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

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

 ลงชื่อ ........................................................... (ผู้รับรอง)

 ( นายวัชรพงษ์ กระบี่ศรี )

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านเขว้า