



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลห้างฉัตร อำเภห้างฉัตร จังหวัดลำปาง ๕๒๑๙๐ โทร.๐๕๔-๒๖๙๕๐๖

ที่ ลป ๐๐๓๒.....

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าตอบแทน แพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกรฯ ที่ไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลเอกชน

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....มีความประสงค์จะขอเบิกจ่าย
ค่าตอบแทนสำหรับ แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ประจำสำนักงานโรงพยาบาลห้างฉัตร ที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติ
ส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ประจำเดือน.....พ.ศ.....
จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ทั้งนี้ ได้จัดทำรายงานผลการปฏิบัติงาน ตามหลักการของสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษประจำ
เดือน.....พ.ศ..... มาเพื่อประกอบการพิจารณา รายละเอียดดังเอกสารที่แนบเรียนมา
พร้อมนี้ และขอรับรองว่าข้าพเจ้าเป็นผู้ปฏิบัติงานตามรายงานดังกล่าวจริง โดยระยะเวลาที่ปฏิบัติงานทั้งสิ้น
ไม่น้อยกว่า ๑๕ วันทำการ ในเดือน.....พ.ศ.....รวมทั้งไม่เป็นผู้ถูกลงโทษให้พักใช้และเพิกถอน
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลป์ แต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ จักเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....
(.....)
ตำแหน่ง.....

อนุมัติ

(นายณพรัตน์ วัชรขจรกุล)
นายแพทย์เชี่ยวชาญ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลห้างฉัตร

รายงานผลการปฏิบัติงานตามหลักการของสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ไม่ได้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....ปฏิบัติงานในตำแหน่ง.....โรงพยาบาลห้างฉัตร
จังหวัดลำปาง ในเดือน.....พ.ศ.....ข้าพเจ้าได้ปฏิบัติงานที่เป็นประโยชน์ต่อราชการ
นอกเหนือไปจากภารกิจในหน้าที่ปกติ งาน.....โรงพยาบาลห้างฉัตร ดังต่อไปนี้

๑.....

.....

๒.....

.....

๓.....

.....

๔.....

.....

๕.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ใบสำคัญรับเงิน

ที่...โรงพยาบาลห้างฉัตร

วันที่.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว..... ตำแหน่ง.....

สังกัด.....โรงพยาบาลห้างฉัตร.....กรม.....สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....ถนน.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลห้างฉัตร กรม สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
เงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์,ทันตแพทย์,เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว และหรือปฏิบัติงานโรงพยาบาลเอกชน ประจำเดือนจำนวนเงิน		
จำนวนเงิน (.....)		

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
(.....)(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวพันธุ์ทิพย์ ธรรมยา)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน