



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย อำเภอสบ้าย้อย จังหวัดสงขลา โทร.๐๗๔๓๗๗๑๐๐

ที่ สข ๐๐๓๑.๓๐๑/๐๗/

วันที่

เรื่อง รับรองการปฏิบัติงาน เพื่อขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์และเภสัชกร โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๔๘

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ขอรับรองว่า เดือนพ.ศ. ข้าพเจ้ามีวันปฏิบัติงาน จำนวนวันทำการ และมีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เงินขอรับเงินพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือไม่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๔๘ ตามหนังสือสำนักงานสาธารณสุข ที่ สข ๐๐๓๒.๐๐๑.๖/๗๐๒๓ ลงวันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๔๙

.....
(.....) ผู้เบิก

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ฝ่ายบริหารทั้งไปได้ตรวจสอบวันลา ของ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.....แล้ว ตามหลักฐานใบลา สรุปดังนี้

- | | | |
|--------------------------|-------|-----|
| ๑. ลาป่วย | | วัน |
| ๒. ลากิจ | | วัน |
| ๓. ลาพักผ่อน | | วัน |
| ๔. ไปราชการ/ประชุม/ลาบวช | | วัน |
| ๕. ลาไปทำพิธีฮัจย์ | | วัน |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

.....
(นางสาวรุสมาเรีย ลอแมง)

ตำแหน่ง นักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

ผู้อนุมัติ

.....
(นายณพพล สุทธิพงษ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสะบ้าย้อย

ใบสำคัญรับเงิน

ที่ โรงพยาบาลสะบ้าย้อย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....
 ได้รับเงินจาก.....โรงพยาบาลสะบ้าย้อย.....ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

รายการ	จำนวน
- ได้รับเงินค่าตอบแทนเงินไม่ประกอบเวชปฏิบัติส่วนตัวฯ ประจำเดือน พ.ศ...๒๕..... เป็นเงิน	
รวม	

จำนวน(ตัวหนังสือ) (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
 (.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
 (.....)