

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน.....

ชื่อ — สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.....

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

ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

(1) กลุ่มที่..... รหัสการจัดกลุ่ม..... ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลผิดพลาด และ ได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ.....
(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

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

() ไม่เห็นชอบ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

หัวหน้าหน่วยบริการ

ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3