

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.

เลขประจำตัวประชาชน.....วันที่บรรจุเข้ารับราชการ.....

สังกัดตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน(จ.18).....

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

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

(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม (กรณี

นพ21 และ นพ31 ให้ระบุสาขา วว.หรือ อว. ด้วย และ พว26 ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส.ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น(หน.ฝ่าย/หน.กลุ่มงาน/หน.สอ)

() เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ ถึง..... () ไม่เห็นชอบ เพราะ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าหน่วยบริการ

(ผอ.รพช./สสอ./สสก)

หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

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

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.

เลขประจำตัวประชาชน.....วันที่บรรจุเข้ารับราชการ.....

สังกัดตามบัญชีถือจ่ายเงินเดือน(จ.18).....

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน โรงพยาบาล/หน่วยงาน.....

ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.

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

(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม (กรณี

นพ21 และ นพ31 ให้ระบุสาขา วว.หรือ อว. ด้วย และ พว26 ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย)

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส.ว่าเป็นความจริง หาก
ข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่
ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น(หน.ฝ่าย/หน.กลุ่มงาน/หน.สอ)

() เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ ถึง..... () ไม่เห็นชอบ เพราะ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

ลงชื่อ

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง

ตำแหน่ง

หัวหน้าหน่วยบริการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

(ผอ.รพช./สสอ./สสภ)

ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3

หมายเหตุ แนบสำเนาใบประกอบวิชาชีพ