**แบบแนบท้าย 1**

**แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท**

**เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ( พ.ต.ส. )**

**……………………….**

**เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี**

ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส. ..............................................................................ตำแหน่ง...............................................

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

**มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.**

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

 ( 2 ) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม..............( กรณี นพ. 21 และ นพ. 31 ให้ระบุสาขา วว. หรือ อว. ด้วย

 และ พว. 26 ให้ระบุลักษณะพิเศษด้วย )...............................................................................................

ข้าพเจ้า ขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง ถ้าหากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

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

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น**

( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ .......................................................... ถึงวันที่...................................................

 ( ) ไม่เห็นชอบ เพราะ ...............................................................................................................................

 ลงชื่อ..............................................ผู้เห็นชอบ

 ( ........................................... ) หน.ฝ่าย

 ............................................

( ) **เห็นชอบ** ( ) **ไม่เห็นชอบ**  ( ) **อนุมัติ** ( ) **ไม่อนุมัติ**

ลงชื่อ............................................................ผู้เห็นชอบ ลงชื่อ..............................................ผู้อนุมัติ

 ( .................................................... ) หน.กลุ่มภารกิจ (................................................) ผอ.รพ.

**แบบแนบท้าย 1**

**แบบขอรับค่าตอบแทน ( จากเงินบำรุง )**

**ประเภท เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข ( พ.ต.ส. )**

**……………………….**

**เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม**

ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส. ..............................................................................ตำแหน่ง...............................................

ปฏิบัติงานจริง .......................................................... โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี

**มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส.**

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

 ( 2 ) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม..............( กรณี นพ. 21 และ นพ. 31 ให้ระบุสาขา วว. หรือ อว. ด้วย

 และ พว. 26 ให้ระบุลักษณะพิเศษด้วย )...............................................................................................

ข้าพเจ้า ขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง ถ้าหากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

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

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น**

( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ .......................................................... ถึงวันที่...................................................

 ( ) ไม่เห็นชอบ เพราะ ...............................................................................................................................

 ลงชื่อ..............................................ผู้เห็นชอบ

 ( ........................................... ) หน.ฝ่าย

 ............................................

( ) **เห็นชอบ** ( ) **ไม่เห็นชอบ**  ( ) **อนุมัติ** ( ) **ไม่อนุมัติ**

ลงชื่อ............................................................ผู้เห็นชอบ ลงชื่อ..............................................ผู้อนุมัติ

 ( .................................................... ) หน.กลุ่มภารกิจ (................................................) ผอ.รพ.

**( จากเงินบำรุง )**

|  |
| --- |
| **( รูปที่ 9 )****ใบสำคัญรับเงิน**โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดมวันที่............... เดือน................................... พ.ศ. .................ข้าพเจ้า ....................................................................................... บ้านเลขที่......................... หมู่ที่............ตำบล......................................... อำเภอ.............................................. จังหวัดอุบลราชธานีได้รับเงินจาก เงินบำรุง โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม ดังรายการต่อไปนี้ |
| **รายการ** | **จำนวนเงิน** |
| - ได้รับเงินค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส. ประจำเดือน ..................................................... |  | - |
| จำนวนเงิน ( ................................................................. )  |  | **-** |

 ลงชื่อ..............................................ผู้รับเงิน

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

 ลงชื่อ..............................................ผู้จ่ายเงิน

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