

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก(หัวหน้าหน่วยบริการ/หน่วยงาน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ)

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส.

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

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

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าหน่วยบริการ

() อนุมัติ () ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3