



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ งานการเงินและบัญชี ฝ่ายบริหารทั่วไป โรงพยาบาลปากพนัง โทร. ๐๗๕๕๑๗๙๙๐ ต่อ ๓๐๒
ที่ นศ ๐๐๓๒.๓๐๑/พิเศษ วันที่
เรื่อง ขอรับค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....
แพทย์ส่งเสริมพิเศษสาขา..... ปฏิบัติงาน กลุ่มงานการแพทย์ โรงพยาบาลปากพนัง
ตั้งแต่วันที่ มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทนพิเศษสำหรับแพทย์สาขา
ส่งเสริมพิเศษสำหรับโรงพยาบาลขนาด M๒ ประจำเดือน พ.ศ.....
อัตราค่าตอบแทน ๕,๐๐๐ บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(.....)

.....
ตำแหน่ง.....

อนุมัติ

(นายสมเกียรติ วรรณฤทธิการ)
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปากพนัง

หมายเหตุ เอกสารส่งที่งานการเงิน ไม่เกินวันที่ ๕ ของเดือน

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า บ้านเลขที่
หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง อำเภอ/
เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์
โทรศัพท์

ได้รับเงินจากโรงพยาบาลปากพูน้ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช.....ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าตอบแทนแพทย์สาขาส่งเสริมพิเศษสาขา..... ประจำเดือน.....พ.ศ.....	๕,๐๐๐	-
รวมทั้งสิ้น	๕,๐๐๐	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) - ห้าพันบาทถ้วน -

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
()

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวอรทัย พวงทอง)