

แบบขอรับค่าตอบแทน ประเภท

เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข (ค.ต.ส.)

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธัญญารักษ์สงขลา (หัวหน้าหน่วยบริการ / หน่วยงาน ผ่านผู้บังคับบัญชาตามลำดับ)

ชื่อ – สกุล ผู้ขอรับ ค.ต.ส.

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน โรงพยาบาล / หน่วยงาน

ตำแหน่ง

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท ค.ต.ส.

(1) กลุ่มที่รหัสจัดกลุ่ม.....ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่.....

(2) คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม.....(กรณี นพ.21และนพ.31 ให้ระบุสาขา วว.
หรือ วอ.และพว.26 ให้ระบุลักษณะงานพิเศษด้วย).....

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน ค.ต.ส.ว่าเป็นความจริงหาก
ข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน ค.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการ
ตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ

(.....)

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น.....

() เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่ถึงวันที่

() ไม่เห็นชอบเพราะ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

() เห็นชอบ () ไม่เห็นชอบ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

หัวหน้าหน่วยบริการ

ลงชื่อ

(.....)

ตำแหน่ง

ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3