

แบบรับรองสิทธิการขอรับเงินค่าตอบแทนของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการ

ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๔๔ (ฉบับที่ ๑๑) พ.ศ. ๒๕๕๙

หน่วยงาน..... ประจำปีเดือน.....

ลำดับ	ชื่อ - นามสกุล	ตำแหน่ง	จำนวนวันที่ปฏิบัติงาน	ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ		ประเภทการปฏิบัติงาน						ลายมือชื่อ	หมายเหตุ	
				วันที่ออกให้	วันที่หมดอายุ	๑	๒	๓	๔	๕	๖			

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่มีรายชื่อติดกล่าวข้างต้น เป็นผู้ที่มีสิทธิขอรับเงินค่าตอบแทน จำนวน.....ราย และข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ หากมีการตรวจสอบแล้วพบว่าผู้มีรายชื่อติดกล่าวข้างต้น เป็นผู้ไม่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนฯ ผู้นั้นยินยอมที่จะคืนเงินค่าตอบแทนฯ ที่ได้รับไปและให้แก่องค์การบริหาร

นาย นาย ประเภทการปฏิบัติงาน

๑ = นางสาวสมสุขภาพ ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้างาน

๒ = นางสาวกันโรศ (.....)

๓ = รักษาพยาบาลผอ ตำแหน่ง.....

๔ = พันพุ่มสมรรถภาพ ตำแหน่ง.....

๕ = ผู้คุมครองผู้บริโภค วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๖ = อื่นๆ ..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....