

**ใบรับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่
ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยหรือหน่วยบริการ
ในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน**

ประจำเดือนพ.ศ.....

ข้าพเจ้าชื่อ.....ตำแหน่ง

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพช./สถานอนามัย.....จังหวัด.....

ได้ปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัยหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของ
โรงพยาบาลชุมชน มาแล้ว.....ปี.....เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย) ได้รับเงิน
จำนวนบาท.....

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานใน โรงพยาบาลชุมชนหรือสถานอนามัยหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของ
โรงพยาบาลชุมชน จนถึงปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

1. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
 2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
 3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
 4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
 5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
 6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลชุมชน /หรือสถานอนามัยจังหวัด.....
ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่ รวม.....ปี.....เดือน.....วัน
- รวมทั้งสิ้น.....ปี.....เดือน.....วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่