

แบบคำขอรับค่าตอบแทนประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุผลพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ศ.)
ตำแหน่ง ทันตแพทย์

เรียน ผู้อำนวยการ.....

ตำแหน่งเลขที่

ชื่อ - สกุล..... ตำแหน่ง.....

สังกัด.....

ช่วยราชการ (ถ้ามี)..... วันเริ่มดำรงตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ศ. ตามคุณลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปีงบประมาณ..... (ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....)

- กลุ่มที่ 1 ปฏิบัติหน้าที่หลักของตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้งตามที่ ก.พ. กำหนดไว้ในมาตรฐานตำแหน่ง
อัตรา 5,000.-/เดือน
- กลุ่มที่ 2 ได้รับปริญญาโท หรือปริญญาเอกทางทันตแพทย์หรือสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องซึ่ง ก.พ.หรือคณะกรรมการกลาง
บริหารงานบุคคลอื่นรับรอง
อัตรา 7,500.-/เดือน
- กลุ่มที่ 3 ได้รับวุฒิปัตร หรือหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญ ในการประกอบวิชาชีพทันตกรรมในสาขาต่าง ๆ จาก
ทันตแพทย์สภา
อัตรา 10,000.-/เดือน

ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ศ. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลผิดพลาด
และได้รับค่าตอบแทน พ.ศ. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

ลงชื่อ ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข
(.....)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น

เห็นชอบให้รับค่าตอบแทน พ.ศ. ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ไม่เห็นชอบ เพราะ.....

ลงชื่อ
(.....)

ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

อนุมัติให้รับค่าตอบแทน พ.ศ. ตั้งแต่วันที่..... ถึงวันที่.....

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

ลงชื่อ ผู้อำนวยการวิทยาลัย / ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล
(.....)