

แบบคำขอรับค่าตอบแทนประเภท
เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)
กลุ่มสาขาวิชาชีพ

เรียน

		ตำแหน่งเลขที่
ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	
สังกัด		
ช่วยราชการ (ถ้ามี)	วันเริ่มดำรงตำแหน่ง	
มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท พ.ต.ส. ตามคุณลักษณะงานที่ปฏิบัติ ปัจจุบันประมาณ..... (ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่		
<input type="checkbox"/> อัตรา 1,000/เดือน		
ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลผิดพลาด และได้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมคืนเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป		
ลงชื่อ		ผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (.....)
ความเห็นของผู้บังคับบัญชาระดับต้น		
<input type="checkbox"/> เห็นชอบให้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่		
<input type="checkbox"/> ไม่เห็นชอบเพราะ		
ลงชื่อ		
(.....)		
ความเห็นของผู้บังคับบัญชา		
<input type="checkbox"/> อนุมัติให้รับค่าตอบแทน พ.ต.ส. ตั้งแต่วันที่ ถึงวันที่		
<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ เพราะ		
ลงชื่อ		ผู้อำนวยการวิทยาลัย / ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล (.....)