**เอกสารแนบท้ายตามข้อ 11.6 ของหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าตอบแทน**

**แนบท้ายข้อบังคับกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยการจ่ายเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับ**

**หน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544(ฉบับที่ 11 ) พ.ศ.2559**

**ใบขอรับเงินค่าตอบแทนสำหรับเจ้าหน้าที่**

**ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการในเครือข่าย**

หน่วยบริการ โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ประจำเดือน.................................พ.ศ............

ข้าพเจ้า ชื่อ.......................................นามสกุล................................ตำแหน่ง.............................................................

ปัจจุบันปฏิบัติงานที่ รพช. .................................................จังหวัด..................................... ระดับพื้นที่ปกติระดับ 1ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือเครือข่าย........................ ปี..................................เดือน (นับถึงวันสิ้นเดือนที่เบิกจ่าย)

**จำนวนเงิน......................................บาท (............................................................)**

โดยมีรายละเอียดการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการในเครือข่ายของโรงพยาบาลชุมชน จนถึงปัจจุบัน ดังต่อไปนี้

1. เริ่มฝึกเพิ่มพูนทักษะที่

รพช......................................จังหวัด.........................ตั้งแต่วันที่.....................................ถึงวันที่...........................

รพท./รพศ...........................จังหวัด.........................ตั้งแต่วันที่....................................ถึงวันที่.............................

รวม.................ปี.....................เดือน....................วัน(กรณีนี้ให้นับการฝึกที่ รพท./รพศ. เป็นอายุราชการได้)

2. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)............................ จังหวัด......................... ระดับ พื้นที่ปกติระดับ 1

ตั้งแต่วันที่.....................................วันที่.......................................... รวม..............ปี.............เดือน......................วัน

3. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน).......................จังหวัด.....................ระดับ ........................................

ตั้งแต่วันที่.............................ถึงวันที่.............................................รวม..............ปี.............เดือน......................วัน

4. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...........................................จังหวัด............................ระดับ .............

ตั้งแต่วันที่..................... ถึงวันที่..........................รวม..............ปี..........เดือน................วัน

5. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่...............................ถึงวันที่.............................รวม...............ปี..................เดือน................วัน

6. ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาล (โรงพยาบาลชุมชน)...................................จังหวัด...........................ระดับ GIS

ตั้งแต่วันที่...............................ถึงวันที่.............................รวม...............ปี..................เดือน................วัน

รวมทั้งสิ้น............ปี**..............** เดือน..................วัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

..................................................

(..........................................)

ตำแหน่ง