

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

สำหรับการปฏิบัติงาน OT BD

สำหรับ ข้าราชการ พนักงานราชการ

พนักงานกระทรวงสาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว

ฝ่าย/งาน.....

ประจำเดือน.....

ตามบันทึกข้อความ ฝ่ายบริหารทั่วไปโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร ที่ / ลงวันที่..... ได้อนุมัติให้เจ้าหน้าที่ฝ่าย/งาน.....

ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ นั้น บัดนี้ เจ้าหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายได้ปฏิบัติงานเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทน ดังรายละเอียดแนบท้ายนี้

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	วันที่ปฏิบัติงาน	จำนวน วัน/case/ ชม.	อัตรา/ วัน/case/ ชม.	รวมเงิน (บาท)	ผู้รับเงิน
1							
2							
3							
4							
5							
6							

(ตัวอักษร) - บาท

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

ตรวจถูกต้องแล้ว

ทราบ/อนุมัติ

ผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ)

(.....)

พวหน้าฝ่าย

(ลงชื่อ)

(นางสาวณัฐกานต์ สุขสำราญ)

(ลงชื่อ)

(นายสีบพงศ์ สีนาราชการ)

(ลงชื่อ)

(นางพิมลพรรณ สายพันธุ์)

ตำแหน่ง.....

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีสำนักงาน

