



# บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงาน.....โรงพยาบาลแหลมฉบัง โทร.๐๓๘๓๕๒๙๗๔-๙ ต่อ.....

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓...../..... วันที่ .....

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนสวัสดิการให้แก่เจ้าหน้าที่

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วย งาน..... กลุ่มงาน.....

ขอรับการสนับสนุนสวัสดิการให้แก่ (นาย/นาง/นางสาว) .....

ตำแหน่ง.....

☐ คลอดบุตร ไม่เคยใช้สิทธิมาก่อน ให้ได้รับเงินสด ๕๐๐.๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

(ใบทะเบียนสมรส -ถ้าเจ้าหน้าที่ชายเป็นผู้เบิก, ใบสูติบัตรบุตร)

☐ เจ็บป่วย รับการช่วยเหลือครั้งที่...../ปี พ.ศ..... (ไม่เกิน ๒ ครั้งต่อปีปฏิทิน) ให้ได้รับเงินสด จำนวน ๕๐๐.๐๐ บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน) ต่อครั้ง

อาการที่แพทย์ระบุ .....

นอนโรงพยาบาล ตั้งแต่ วันที่.....ถึงวันที่..... (ใช้ใบรับรองแพทย์ประกอบการเบิก)

☐ การถึงแก่กรรม

☐ เจ้าหน้าที่

☐ญาติสายตรง (ชื่อ-สกุล).....เกี่ยวข้องกับ .....

ของ (ชื่อ - สกุล) .....

ให้ได้รับการช่วยเหลือตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการฯ พ.ศ. ๒๕๖๗

(แนบสำเนาใบมรณบัตร, สำเนาทะเบียนบ้าน, สำเนาใบทะเบียนสมรส, ใบสูติบัตรบุตร)

☐ ลาออกจากราชการ

☐ ปฏิบัติงานที่ รพ. มากกว่า ๒๕ ปี - ๓๐ ปี

☐ ปฏิบัติงานที่ รพ. มากกว่า ๓๐ ปี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

- ตรวจสอบถูกต้อง เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินได้

(นางสาวธัญญา นภภัทรพงศ์)

เจริญญิกคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

☐ อนุมัติ

☐ ไม่อนุมัติ

# ใบสำคัญรับเงิน

เขียนที่....โรงพยาบาลแหลมฉบัง.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก”กองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง” ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

| รายการ      | จำนวนเงิน |     |
|-------------|-----------|-----|
|             | บาท       | สต. |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
|             |           |     |
| รวมเป็นเงิน |           |     |

จำนวนเงิน

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

...../...../.....

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

...../...../.....