



บันทึกข้อความ

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

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓...../..... วันที่

เรื่อง ขอรับการสนับสนุนเงินจาก “กองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง”

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วย ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว)..... ตำแหน่ง.....

ขอรับการสนับสนุนจากเงินกองทุนสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง จำนวน..... บาท
(.....) เพื่อใช้จ่าย.....

.....
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

- ตรวจสอบถูกต้อง เห็นควรอนุมัติเบิกจ่ายเงินได้

(นางสาวธัญญา นภภัทรพงศ์)

เหรัญญิกคณะกรรมการสวัสดิการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

☐ 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

(.....)

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