

แบบรับรองการมีสิทธิได้รับสวัสดิการห้องพิเศษเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ด้วยข้าพเจ้า ชื่อ.....เลขที่บัตรประชาชน.....
ตำแหน่ง.....ปัจจุบันปฏิบัติงานที่หน่วยงาน.....
สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จึงเป็นผู้มีสิทธิได้รับสวัสดิการห้องพิเศษและ
ค่าอาหารพิเศษสำหรับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแหลมฉบัง โดยให้เป็นสิทธิช่วยเหลือเฉพาะตัวเท่านั้น
ส่วนสิทธิสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลให้เป็นไปตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงชื่อ.....(หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้างาน)
(.....)

ตำแหน่ง.....

หมายเหตุ “เจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง
สาธารณสุข ลูกจ้างชั่วคราว พนักงานจ้างบริการที่มีการจ้างงานเป็นรายเดือน มีชื่อเรียกตำแหน่งและปฏิบัติงาน
ลักษณะงานประจำเป็นรายเดือน ที่ผ่านการปฏิบัติงานครบ ๓ เดือนแล้ว ในสังกัดโรงพยาบาลแหลมฉบัง
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

อ้างอิง : ตามระเบียบคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลแหลมฉบัง