

แบบขอรับค่าตอบแทน

สำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขของพนักงานราชการ (ค.ต.ส.)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกระบี่

ชื่อ - สกุล ผู้ขอรับเงิน ค.ต.ส. ....

ตำแหน่ง.....

ปฏิบัติงานจริง กลุ่มงาน.....

หน่วยงาน.....

มีความประสงค์ขอรับค่าตอบแทนประเภท ค.ต.ส.

(๑) กลุ่มที่.....รหัสจัดกลุ่ม.....ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....

(๒) ระบุลักษณะงานพิเศษ.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้มีสิทธิและมีคุณสมบัติถูกต้อง ครบถ้วน และเป็นความจริงทุกประการที่จะได้รับเงินค่าตอบแทนสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุขของพนักงานราชการ (ค.ต.ส.) ตามประกาศคณะกรรมการบริหารพนักงานราชการ เรื่อง ค่าตอบแทนสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของพนักงานราชการ พ.ศ. ๒๕๖๑ เป็นเงินจำนวน.....บาทต่อเดือน นับตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....โดยข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการขอรับเงิน ค.ต.ส. มาด้วยแล้ว ดังนี้

- สำเนาปริญญาบัตร สำเนาการผ่านอบรมในหลักสูตรตามที่กำหนดของแต่ละกลุ่ม
- สำเนาใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพ หรือใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะ ตามกฎหมายว่าด้วยการนั้น
- หลักฐานการมอบหมายงาน เช่น คำสั่งแต่งตั้งเป็นเจ้าพนักงาน คำสั่งการจัดตั้งคลินิกเฉพาะ และหลักฐานการได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงาน นั้น ๆ
- สำเนาบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ ในกรณีเอกสารที่ได้รับมอบหมายตามกลุ่ม ๒ (๓)
- เอกสารอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (ถ้ามี).....

ทั้งนี้ หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง และได้รับเงิน ค.ต.ส. เกินกว่าที่ควรจะได้รับจริง ข้าพเจ้ายินดีนำเงินส่วนต่างที่ได้รับส่งคืนให้แก่ทางราชการ เพื่อชดใช้ในกรณีที่มีการตรวจสอบพบภายหลัง

ลงชื่อ.....

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี.....

ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น

( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่.....ถึงวันที่.....รวมจำนวน.....วัน

( ) ไม่เห็นชอบ เพราะ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วัน.....เดือน.....ปี.....

( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ

( ) อนุมัติ ( ) ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง.....

ตำแหน่ง.....

วัน.....เดือน.....ปี.....

วัน.....เดือน.....ปี.....

หัวหน้าหน่วยบริการ

หัวหน้าส่วนราชการ

หมายเหตุ : ให้ใส่เครื่องหมาย / ในช่อง O ที่ใช้แนบหลักฐานประกอบ