|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | **บันทึกข้อความ** | | | |  | |
| **ส่วนราชการ** | | | |  | | | |
| **ที่** | ชย ๐๐๓๒ | | | | **วันที่** |  | |
| **เรื่อง** | | ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่ายฯ (ฉ.๑๑) ประจำเดือน พ.ศ. ๒๕.. | | | | | |

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

ด้วย โรงพยาบาล...................................สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณสมบัติผู้มีสิทธิรับเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย (ฉ.๑๑) สำหรับเจ้าหน้าที่ ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยบริการในเครือข่าย ประจำเดือน............................... พ.ศ. ๒๕........ จำนวน................ราย ถูกต้องเรียบร้อยแล้ว จึงขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนเบี้ยเลี้ยงเหมาจ่าย เป็นเงินทั้งสิ้น.........................บาท (............................................................) ตามบัญชีรายละเอียดแนบท้ายนี้ โดยขอเบิกค่าตอบแทนฯ จากเงินงบประมาณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

(.....................................................)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล..........................