**แบบขอรับเงินค่าตอบแทนประเภท**

**เงินเพิ่มสำหรับตำแหน่งที่มีเหตุพิเศษของผู้ปฏิบัติงานด้านการสาธารณสุข (พ.ต.ส.)**

------------------------------------

เรียน ........................................................................................

ชื่อ-สกุล ผู้ขอรับ พ.ต.ส...................................................................................................................................................

เลขที่บัตรประจำตัวประชาชน......................................................เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ............................................

ออกให้ตั้งแต่วันที่...................................................................วันหมดอายุ.......................................................................

หน่วยงานตาม จ.18........................................................................................................................................................

ปฏิบัติงานจริงที่กลุ่มงาน....................................................โรงพยาบาล/หน่วยงาน.........................................................

ตำแหน่ง.......................................................................................................................................................................

มีความประสงค์ขอรับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส.

1. กลุ่มที่........................รหัสจัดกลุ่ม............................................................................................................
2. คุณลักษณะประกอบการจัดกลุ่ม..............................................................................................................

......................................................................................................................................................................................

 ข้าพเจ้าขอรับรองคุณลักษณะประเภทการจัดกลุ่ม เพื่อขอรับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ว่าเป็นความจริง หากข้าพเจ้าแสดงข้อมูล ผิดพลาด รวมถึงใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพหมดอายุ และได้รับเงินค่าตอบแทน พ.ต.ส. ไปแล้ว ข้าพเจ้ายินดีนำเงินที่ได้รับไปแล้วส่งคืนให้แก่ทางราชการตามจำนวนที่ได้รับที่ผิดพลาดไป

 ลงชื่อ..................................................................

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

**ความเห็นผู้บังคับบัญชาระดับต้น**

( ) เห็นชอบ ตั้งแต่วันที่.....................................................ถึงวันที่........................................................................

( ) ไม่เห็นชอบ) เพราะ...........................................................................................................................................

 ลงชื่อ................................................................

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

 ตำแหน่ง................................................................

 **( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ ( ) เห็นชอบ ( ) ไม่เห็นชอบ**

 ลงชื่อ............................................... .ลงชื่อ.................................................

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

ตำแหน่ง.................................................. ตำแหน่ง..................................................

 หัวหน้าหน่วยบริการ ประธานคณะกรรมการตามข้อ 1.3