

ตัวอย่าง



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์.....

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ตามประกาศมหาวิทยาลัยนเรศวร ฉบับลงวันที่ 8 สิงหาคม 2550 เรื่อง กำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ สำหรับบุคลากรของมหาวิทยาลัยที่ได้รับเงินเพิ่ม (เพิ่มเติม) โดยกำหนดให้พนักงานสายบริการ สาขาแพทยศาสตร์ เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติได้รับเงินเพิ่มตามอัตราที่กำหนด ซึ่งเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานประจำในหน่วยบริการที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการด้านรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมป้องกันโรค หรือฟื้นฟูสภาพ และไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ให้ได้รับเงินเพิ่มจากเงินรายได้ของหน่วยงานที่สังกัด จำนวน 10,000 บาทต่อเดือน (หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า นายแพทย์/แพทย์หญิง สุทธิดา มีมานะ.....

พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง แพทย์ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ ปฏิบัติหน้าที่ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร จึงขออนุมัติรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2563 เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....
(แพทย์หญิงสุทธิดา มีมานะ)

แพทย์

ตัวอย่าง

แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน
ในสถานบริการสาธารณสุขและไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนพ.ศ. 2548

ที่.....คุณแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์
วันที่

เรียน คณะบดีคณะแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า.....**แพทย์หญิงสุทธิดา มีมานะ**..... อายุ.....ปี ตำแหน่ง **แพทย์**
มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่...123...ถนน...**ธรรมบูชา 5**...แขวง/ตำบลในเมือง..... เขต/อำเภอ.....เมือง.....
จังหวัด**พิษณุโลก**.....รหัสไปรษณีย์.....65000.....โทรศัพท์...XXX-XXXXXXX.....
สถานที่ปฏิบัติงาน **โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครสวรรค์** สังกัดกอง **คณะแพทยศาสตร์**
มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ มีความประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขซึ่งไม่ได้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน
เป็นเงินเดือนละ.....**10,000**.....บาท (.....**หนึ่งหมื่นบาทถ้วน**.....) ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้
คำรับรองว่าข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงาน และพร้อมที่จะรับการประเมินตลอดเวลา

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์
ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือ
ปฏิบัติงานโรงพยาบาลเอกชน ตามที่มหาวิทยาลัยกำหนดแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินเพิ่มพิเศษตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดให้แก่
ข้าพเจ้าต่อไป พร้อมกับคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

1. สำเนาทะเบียนบ้าน
2. หลักฐานการแจ้งเลิก (ถ้ามี)
 - 2.1 เป็นผู้ดำเนินกิจการส่วนตัว
 - 2.2 เป็นผู้ดำเนินการหรือร่วมดำเนินการในสถานพยาบาล, โรงพยาบาล หรือ
สถานประกอบการเอกชน

ลงชื่อ

(.....**แพทย์หญิงสุทธิดา มีมานะ**.....)

แพทย์