



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....

ที่.....วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติได้รับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์.....

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.....  
พนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง แพทย์ สังกัดคณะแพทยศาสตร์ ปฏิบัติหน้าที่ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร  
จึงขออนุมัติได้รับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ ..... เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

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

แพทย์

แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน  
ในสถานบริการสาธารณสุขและไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว  
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนพ.ศ. 2536

.....

ที่ .....  
วันที่ .....

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ข้าพเจ้า .....อายุ.....ปี ตำแหน่ง .....  
มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่ .....ถนน.....แขวง/ตำบล ..... เขต/อำเภอ  
.....จังหวัด .....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....สถานที่  
ปฏิบัติงาน .....สังกัดกอง.....กรม..... มีความประสงค์จะขอรับเงิน  
เพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุขซึ่งไม่ได้ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและ  
หรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชนเป็นเงินเดือนละ.....บาท (.....)  
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่าข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงาน และพร้อมที่จะรับการประเมินตลอดเวลา

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติในการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และ  
เภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในสถานบริการสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานโรงพยาบาลเอกชน ตามที่  
มหาวิทยาลัยกำหนดแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินเพิ่มพิเศษตามหลักเกณฑ์ที่มหาวิทยาลัยกำหนดให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป  
พร้อมทั้งคำขอนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

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

ลงชื่อ .....  
(.....)  
แพทย์