



คณะแพทยศาสตร์ งานบริหารทรัพยากรบุคคล
เลขรับ.....วันที่.....

แบบฟอร์มขอเบิกเงินสวัสดิการคณะแพทยศาสตร์
กรณีเบิกสวัสดิการสงเคราะห์
จากบัญชีรักษาสังแวดล้อม

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการคณะแพทยศาสตร์

เรียน คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....เป็นข้าราชการพลเรือนในมหาวิทยาลัย/ ลูกจ้างประจำ/ พนักงาน
มหาวิทยาลัย/ พนักงานมหาวิทยาลัยนเรศวร/ พนักงานราชการ/ ลูกจ้างชั่วคราว (รายวัน) ตำแหน่ง.....
สังกัด (ภาควิชา/หน่วยงาน)..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ประสงค์จะขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการ ดังนี้

- ☐ กรณีบุคลากรได้บุตรให้จ่ายเงินแสดงความยินดี รายละ 1,000 บาท และถ้าบิดาและมารดาเป็นบุคลากรให้มีสิทธิเบิก
เพียงคนใดคนหนึ่งเท่านั้น และต้องปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน ทั้งนี้ ให้จ่ายไม่เกิน 3 คน
- ☐ กรณีบุคลากรของคณะแพทยศาสตร์ถึงแก่กรรม ไม่ว่ากรณีใดๆ
- คณะให้เงินช่วยเหลือ รายละ 5,000 บาท และให้จัดหาพวงหรีดในนามคณะแพทยศาสตร์
- ☐ กรณีคู่สมรส บุตร บิดา มารดา (ไม่รวมถึงบุตรบุญธรรม) ของบุคลากรถึงแก่กรรม
- คณะให้เงินช่วยเหลือ รายละ 2,000 บาท และให้จัดหาพวงหรีดในนามคณะแพทยศาสตร์
- ☐ กรณีบุคลากรทำการสมรสและจดทะเบียนสมรสตามกฎหมายให้จ่ายเงินขวัญถุง รายละ 1,000 บาท กรณีเป็นบุคลากร
ทั้งสองคนให้จ่ายเงินแก่บุคลากรทั้งสองคน (ให้ใช้สิทธิเบิกจ่ายได้เพียงครั้งเดียว) และต้องปฏิบัติงานมากกว่า 6 เดือน
- ☐ กรณีบุคลากรลาอุปสมบทตามประเพณี ให้สวัสดิการทำบุญ รายละ 1,000 บาท (ให้ใช้สิทธิเบิกจ่ายได้เพียงครั้งเดียว)
- จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นของงานทรัพยากรบุคคล

ได้ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานแล้ว

- ☐ เอกสารครบถ้วน เห็นควรอนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นของงานคลัง

ได้ตรวจสอบเอกสารและหลักฐานแล้ว

- ☐ เอกสารครบถ้วน เห็นควรอนุมัติ
☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(.....)

ตำแหน่ง

ความเห็นของหัวหน้างานทรัพยากรบุคคล

- ☐ อนุมัติ เป็นไปตามหลักเกณฑ์
☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวศิริบังอร ต่อบึง)

ตำแหน่ง รก.หัวหน้างานทรัพยากรบุคคล

ความเห็นของหัวหน้างานคลัง

- ☐ อนุมัติ เป็นไปตามหลักเกณฑ์
☐ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(นางสาวรุ่งนภา พุ่มชม)

ตำแหน่ง รก.หัวหน้างานคลัง

หมายเหตุ : การขอรับสวัสดิการสงเคราะห์ ให้สมาชิกดำเนินการภายใน 60 วัน นับแต่มีเหตุอันควรได้รับการสงเคราะห์นั้น

ส่งจ่ายเงินเข้าบัญชีธนาคาร (สำหรับผู้ขอเบิกเงิน)	
ชื่อบัญชี	
ธนาคาร	สาขา
ยกเว้น ธ.ไทยพาณิชย์)	
เลขที่บัญชี	

เอกสารแนบ: สำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคาร (ยกเว้น ธ.ไทยพาณิชย์) พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง จำนวน 1 ฉบับ

ลงชื่อ _____ ผู้กรอกข้อมูล
()