



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ.....โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา.....หน่วยงาน.....โทร.....

ที่.....อย.๐๐๓๓...../.....วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง.....ขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการ.....

เรียน ประธานคณะกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ด้วย (นาย/นาง/นางสาว).....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....เบอร์มือถือ.....มีความประสงค์จะขออนุมัติเบิกเงินสวัสดิการ ดังนี้

เพื่อสนับสนุนเพื่อในกิจกรรมอื่นๆ (โปรดระบุ).....เป็นจำนวนเงิน.....บาท.

ค่าอาหารว่างหรือเครื่องดื่ม กรณีอยู่เวรป่วยหรือเวรดึก เป็นเงินจำนวน.....บาท.

(เบิกตามหลักเกณฑ์มติ คณะกรรมการที่มำนา วันที่ ๑๘ ต.ค. ๒๕๕๖)

เพื่อจัดประชุมภายในเป็น ค่าอาหารว่างและอาหาร อาหารว่าง อาหาร หน่วยงาน.....

เรื่อง.....จำนวน.....คน สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตั้งแต่ เวลา.....ถึง.....น. เป็นเงินจำนวน.....บาท.-

เพื่อจัดซื้อของเยี่ยมไข้ให้กับ (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

หน่วยงาน.....ป่วยด้วยโรคหรืออาการ.....

อยู่ที่หอผู้ป่วย.....ตั้งแต่วันที่.....เป็นเงินจำนวน ๕๐๐.- (ห้าร้อยบาทถ้วน)

ค่าจัดหาพวงหรีดหรือสิ่งของคุณภาพดีในนามของโรงพยาบาลกรณีเจ้าหน้าที่หรือญาติสายตรงของเจ้าหน้าที่ถึงแก่กรรม

ชื่อ.....สกุล.....รายละเอียด ๕๐๐.- บาท (ห้าร้อยบาทถ้วน)

เงินเป็นเจ้าภาพสวดอภิธรรมศพกรณีเจ้าหน้าที่ถึงแก่กรรมในนามของโรงพยาบาล รายละเอียด ๕,๐๐๐.- บาท (ห้าพันบาทถ้วน)

เงินช่วยเหลือกรณีญาติสายตรง ของเจ้าหน้าที่ถึงแก่กรรม รายละเอียด ๓,๐๐๐.- บาท. (สามพันบาทถ้วน)

.....

ค่าจ้างเหมารถรับจ้างไปร่วมงานศพเจ้าหน้าที่หรือญาติสายตรงกรณีนอกเขตจังหวัดพระนครศรีอยุธยา เป็นจำนวนเงิน.....บาท.

(.....) ตามประกาศโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา เรื่องการรถยนต์เพื่อไปร่วมงานศพเจ้าหน้าที่หรือ

ญาติสายตรง ประกาศ วันที่ ๑๐ พ.ค. ๒๕๕๓

เงินช่วยเหลือสงเคราะห์เจ้าหน้าที่กรณีประสบภัยกรณีต่างๆ เช่น อัคคีภัย วาตภัย อุทกภัย อุบัติเหตุ

เป็นเงินจำนวนรายละเอียด.....บาท. (.....)

(การขอรับเงินช่วยเหลือสงเคราะห์ให้ดำเนินการภายใน ๔๕ วัน นับแต่มีเหตุ อันควรได้รับการสงเคราะห์) นั้น

ค่าใช้จ่ายด้านการกีฬา หรือสันทนาการ (ระบุ).....เป็นจำนวนเงิน.....บาท.

กรณีเจ้าหน้าที่เกษียณอายุราชการหรือเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดหรือปฏิบัติหน้าที่ด้วยระยะเวลาที่ยาวนาน

เป็นเงินจำนวน.....บาท. (.....)

(ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการพิจารณารางวัลให้แก่เจ้าหน้าที่ที่เกษียณอายุราชการหรือเกษียณอายุราชการก่อนกำหนดหรือ

ปฏิบัติหน้าที่ด้วยระยะเวลาที่ยาวนานในสังกัดโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา พ.ศ. ๒๕๕๖)

เงินทุนการศึกษาบุตร ธิดา ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน.....คน เป็นเงิน.....บาท

(แบบโครงการที่ได้รับการอนุมัติแล้วจากคณะกรรมการสวัสดิการภายในโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา)

.....

พร้อมทั้งนี้ได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณา คือ

สำเนาสูติบัตร สำเนาใบมรณะบัตร สำเนาทะเบียนสมรส

สำเนาทะเบียนบ้าน ใบสำคัญรับเงิน สำเนาบัตรประชาชน

หนังสือขออนุมัติการใช้ห้องประชุม สำเนาโครงการที่ได้รับอนุมัติแล้ว

อื่น ๆ (ระบุ).....

.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอเบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

คำรับรองของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

ขอรับรองว่าข้อความในคำร้องข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ จึงเห็นสมควรอนุมัติ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของอนุกรรมการและเลขานุการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

เห็นสมควรอนุมัติ

เห็นสมควรอนุมัติและแจ้งเวียนคณะอนุกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาอนุมัติ

อื่น ๆ.....

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ความเห็นของประธานคณะอนุกรรมการสวัสดิการ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ เพราะ.....

.....
.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....