

**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา กลุ่มการพยาบาล โทร.๒๕๓๓

**ที่** อย.๐๐๓3.๑๐5/................... **วันที่** ............................................

**เรื่อง** ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และเวรบ่าย – ดึก

**เรียน** ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

 กลุ่มการพยาบาล หอผู้ป่วย/หน่วยงาน.....................................................ได้มีเจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ และ เวรบ่าย – ดึก ประจำเดือน...............................พ.ศ....................ดังนั้น จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนนอกเวลาราชการและเวร บ่าย- ดึก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ตามคำสั่ง...................................................ลงวันที่………………………………………

 **ค่าตอบแทนปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ**

1. พยาบาลวิชาชีพ ................คน ................เวร .............................บาท
2. พยาบาลเทคนิค.................คน ................เวร .............................บาท
3. ผู้ช่วยพยาบาล....................คน ................เวร .............................บาท
4. พนักงานช่วยเหลือคนไข้.........คน ..............เวร ..............................บาท
5. พนักงานทั่วไป...................คน ................เวร ..............................บาท

 **รวม..............................บาท**

 **ค่าเวร บ่าย – ดึก**

1. ค่าเวร บ่าย – ดึก พยาบาลวิชาชีพ ............คน ……………….เวร ...............................บาท
2. ค่าเวร บ่าย – ดึก พยาบาลเทคนิค ............คน ……………….เวร ...............................บาท
3. ค่าเวร บ่าย – ดึก ผู้ช่วยพยาบาล................คน ……………….เวร ...............................บาท

  **รวม.............................บาท**

**รวมทั้งสิ้น....................................บาท (........................................................)**

##  จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติต่อไป

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

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

 หัวหน้าหอผู้ป่วย / หน่วยงาน …………………………………