

แบบคำขอยกเลิกการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน
ในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน

เขียนที่.....

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

เรียน คณะกรรมการพิจารณาการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

ระดับ..... มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....สถานที่ปฏิบัติงาน.....

กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง กรมสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข มีความประสงค์จะขอรับยกเลิกการ

เงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวง

สาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามสัญญาเลขที่...../.....

ลงวันที่.....ตั้งแต่เดือน.....พ.ศ..... เป็นต้นไป ระบุเหตุผล.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาต จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ.....

(.....)

ความเห็นของประธานบริหารหน่วยบริการ	ผลการพิจารณา
<input type="checkbox"/> เห็นควรอนุญาต	<input type="checkbox"/> อนุญาต
<input type="checkbox"/> ไม่เห็นควรอนุญาต (ระบุ).....	<input type="checkbox"/> ไม่อนุญาต (ระบุ).....
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่/...../.....	วันที่/...../.....