

ฝ่ายการคลัง คณะแพทยศาสตร์

เลขรับ

วันที่

ที่ มอ.

แบบ พงค. 01

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพนักงานเงินรายได้
โปรดทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่าง () พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

1 ข้าราชการ สังกัด ป่วยเป็นโรค รหัสบุคลากร ตำแหน่ง คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โทร. สถานพยาบาลที่เข้ารับการรักษา	
2 ขอลเบิกเงินจำนวน (/) ค่ารักษาพยาบาล และค่าคลอดบุตร บาท (ศูนย์บาทถ้วน)	
เอกสารแนบประกอบการขอเบิก () ใบเสร็จ และใบรับรองแพทย์	
ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ (ลงชื่อ)ผู้ขอรับเงิน (.....) ตำแหน่ง วันที่ (บุคลากรผู้มีสิทธิขอรับเงินสวัสดิการ)	เรียน ตรวจสอบสิทธิการเบิกจ่ายแล้วถูกต้องตามระเบียบ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง วันที่ (เจ้าหน้าที่สาขาวิชา/ฝ่าย/หน่วยงาน)
อนุมัติให้เบิกได้ (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง วันที่ (ผู้มีอำนาจอนุมัติเบิกจ่าย)	ตรวจสอบสิทธิและการเบิกจ่ายแล้วผลอนุมัติถูกต้อง (ลงชื่อ) (.....) ตำแหน่ง วันที่ (เจ้าหน้าที่งานคลัง)
ใบรับเงิน ข้าพเจ้าได้รับเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล จำนวน บาท (.....) ไปถูกต้องแล้ว (ลงชื่อ) ผู้รับเงิน (.....)	