



# บันทึกข้อความ

หน่วยงาน ศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา โทร.....

ที่ ศค.0590.48 / ..... วันที่ .....

เรื่อง ขอลงมติค่าตอบแทนหมาจ่ายวิชาชีพ ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานศูนย์การแพทย์.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา

ตามระเบียบศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ว่าด้วย เงินเดือน ค่าตอบแทน และเงินอื่นที่จ่ายให้แก่ผู้ปฏิบัติงานให้ศูนย์การแพทย์ พ.ศ. 2560 ความในข้อ 5 (2) และ ข้อ 9 ประกอบกับประกาศศูนย์การแพทย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยพะเยา ที่ 007/2561 ลงวันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2561 เรื่อง หลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายเงินค่าตอบแทนหมาจ่าย ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานศูนย์การแพทย์ พ.ศ. 2561 นั้น

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....พนักงานประจำ  
สายปฏิบัติการ สายงาน.....ตำแหน่ง..... ได้รับการบรรจุ  
และแต่งตั้ง ตั้งแต่วันที่..... เป็นผู้มีสิทธิจะได้รับค่าตอบแทนหมาจ่าย  
ในวิชาชีพ..... อัตราเดือนละ.....บาท ตามประกาศดังกล่าว  
ทั้งนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานประกอบการพิจารณาอนุมัติค่าตอบแทนหมาจ่ายวิชาชีพ ดังต่อไปนี้

- สำเนาคำสั่งบรรจุ แต่งตั้ง
- สำเนาใบปริญญาบัตร หรือสำเนาหลักฐานการศึกษา
- สำเนาใบประกอบวิชาชีพ
- สำเนาประกาศนียบัตรการพยาบาล เฉพาะทาง
- สำเนาหนังสืออนุมัติ หรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญ
- หลักฐานการปฏิบัติหน้าที่ ความรับผิดชอบ และภาระงานที่ได้รับมอบหมาย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา จะขอบคุณยิ่ง

(.....)

ตำแหน่ง.....

<p>1. ความเห็น สำนักงานผู้อำนวยการ ศ.รพ.มพ. ได้ดำเนินการตรวจสอบแล้วพบว่า มีคุณสมบัติ และหลักฐาน <input type="checkbox"/> ครบ <input type="checkbox"/> ไม่ครบ เนื่องจาก ..... .....เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ ..... หัวหน้าสำนักงาน ผอ.ศ.รพ.มพ.</p>	<p>2. ความเห็น ประธานคณะอนุกรรมการ พิจารณาคณะสมมติผู้รับค่าตอบแทนฯ <input type="checkbox"/> เห็นควรอนุมัติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....</p>	<p>3. ความเห็น ผู้อำนวยการ ศ.รพ.มพ. <input type="checkbox"/> อนุมัติ <input type="checkbox"/> อื่น ๆ ..... (.....) ตำแหน่ง..... ...../...../.....</p>
---	---	---