



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อ.ศรีเมืองใหม่ จ.อุบลราชธานี ๓๔๒๕๐

เลขที่ .....

วันที่..... เดือน .....พ.ศ.....

เรื่อง  ขอเบิกเงินสวัสดิการ  ขอยืมเงินสวัสดิการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ด้วย ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน ..... โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีความประสงค์ ขอเบิกสวัสดิการ / ขอยืมเงินสวัสดิการ

เพื่อใช้ในกิจกรรม .....

ในวันที่ ..... เดือน .....พ.ศ ..... ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน (บาท)
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (.....)		

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

( ลงชื่อ).....ผู้ขอใช้เงินสวัสดิการ  
(.....)

( ลงชื่อ).....ผู้ตรวจสอบ  
(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

### อนุมัติ

( ลงชื่อ ).....  
(นายณัฐนนท์ พิระภาณุรักษ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่  
ประธานกรรมการเงินสวัสดิการ

( ลงชื่อ ) .....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสงกรานต์ ยอดศิริ)  
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ข้าพเจ้าได้รับเงิน จำนวน .....บาท

(ลงชื่อ) .....ผู้รับเงิน  
(.....)

วัน/เดือน/ปี ...../...../.....

<b>กรณีคืนเงินยืมสวัสดิการ</b>	
จำนวน.....บาท (.....)	
( ลงชื่อ ) .....ผู้คืนเงิน (.....)	( ลงชื่อ ) .....ผู้รับเงิน (.....)
วัน/เดือน/ปี ...../...../.....	วัน/เดือน/ปี ...../...../.....