



บันทึกข้อความ

เลขที่.....

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ อำเภอสรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วันที่.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง ขอเบิกสวัสดิการ ขอขีมิสวัสดิการ

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีความประสงค์ขอเบิกสวัสดิการ/ ขอขีมิสวัสดิการ
เพื่อใช้ในกิจกรรม.....

ในวันที่..... เดือน..... พ.ศ. คังรายการต่อไปนี้

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

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและพิจารณาอนุมัติ

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

ตำแหน่ง.....

เห็นควรอนุมัติตามคำร้องขอ

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบ

(นางศรีัญญา พงษ์อ่อน)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

ลงชื่อ..... ผู้อนุมัติ

(นายแพทย์วัชรวิญ วัฒนธีรางกูร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลศรีเมืองใหม่

ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

(นางสงกรานต์ ยอดศิริ)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ..... ผู้ตรวจสอบบัญชี

(นางสาวเบญจมาศ อุ่นเจริญ)

เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

จำนวนเงินที่ได้รับ.....บาท

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน

(.....)

กรณีคืนเงินขีมิสวัสดิการ

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

ลงชื่อ.....ผู้คืนเงิน

(.....)

ว/ด/ป.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ว/ด/ป.....