แนวทางการจัดทำเอกสารขอขึ้น และขอเบิกจ่าย ค่าจ้างลูกจ้างรายวัน

1. การจัดทำเอกสารขอขึ้นปฏิบัติงาน

1.1 การจัดทำเอกสารขอขึ้นปฏิบัติงานตามวันทำการ

1.1.1 เอกสารประกอบการขอขึ้นการปฏิบัติงานตามวันทำการ

- บันทึกข้อความขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงานตามวันทำการ / บันทึกข้อความขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงานตามตารางเวร

- ตารางการปฏิบัติงาน / ตารางเวร : แสดงรายชื่อเฉพาะเจ้าหน้าที่ตำแหน่งลูกจ้างรายวันเท่านั้น (**ตัวอย่างตารางแนบท้ายเอกสาร)**

1.2 การจัดทำเอกสารขอขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ

1.1.2 เอกสารประกอบการขอขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ

- บันทึกข้อความขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา (OT) : ขออนุมัติการปฏิบัติงานที่นอกเหนือจากวันทำการ และ ขออนุมัติการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ รวมถึงการปฏิบัติงานเนื่องจากงานไม่แล้วเสร็จ (ตามหลักเกณฑ์กระทรวงการคลัง)

- ตารางการปฏิบัติงาน / ตารางเวร OT : แสดงรายชื่อเฉพาะเจ้าหน้าที่ตำแหน่งลูกจ้างรายวันเท่านั้น (**ตัวอย่างตารางแนบท้ายเอกสาร)**

1.2 การจัดทำเอกสารขอขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ Extra

- บันทึกข้อความขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลา (OT) เฉพาะเดือน สิงหาคม - กันยายน 68

- ตารางการปฏิบัติงาน / ตารางเวร OT : แสดงรายชื่อเฉพาะเจ้าหน้าที่ตำแหน่งลูกจ้างรายวันเท่านั้น (**ตัวอย่างตารางแนบท้ายเอกสาร)**

2. การจัดทำเอกสารขอเบิกจ่าย

2.1 การจัดทำเอกสารขอเบิกจ่ายค่าจ้างรายวันตามวันทำการ

2.1.1 เอกสารประกอบการขอเบิกจ่ายค่าจ้างรายวันตามวันทำการ

- เอกสารตามข้อ 1.1.1
- ตารางเวรปฏิบัติจริง (เฉพาะเจ้าหน้าที่ตำแหน่งรายวัน)
- ทะเบียนคุมการลงเวลา : ลงเวลาเฉพาะการปฏิบัติงานตามวันทำการ
- ใบสำคัญรับเงิน
- ตารางคำนวณค่าจ้างรายวัน **(ตัวอย่างตามเอกสารแนบท้าย)**
- ใบแลกเวร
- ใบลา

2.2 การจัดทำเอกสารขอเบิกจ่าย ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ ค่าตอบแทน OT เวรบ่าย-ดึก ค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ Extra

2.2.1 เอกสารประกอบการขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนนอกเวลาราชการ OT

- ชุดเอกสารสำเนาตามข้อ 1.1.1 , ตารางคำนวณค่าจ้างรายวัน , ตารางการเวรปฏิบัติจริง และทะเบียนคุมลงเวลา
- เอกสารตามข้อ 1.1.2
- เอกสารตามข้อ 1.1.3
- ตารางหลักฐานการจ่ายค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาราชการ / เวรที่เกินกว่าการปฏิบัติงาน
- ทะเบียนคุมการลงเวลา

เอกสารแนบท้าย

ตัวอย่างเอกสารตามข้อ 1.1.1 ตารางขอขึ้นปฏิบัติงานตามจำนวนวันทำการ

ตารางการปฏิบัติงานลูกจ้างชั่วคราวรายวัน

โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตรา ค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลา ปฏิบัติงาน (เวร/วัน)	จำนวนเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
	รวม		**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตัวอย่างเอกสารตามข้อ 1.1.2 และข้อ 1.1.3

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐ โทร. ๐ ๕๔๒๖ ๖๑๐๔

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐.../..... **วันที่** .....

เรื่อง ขออนุมัติให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ..... ประจำเดือน .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... มีความประสงค์ขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ เวลา.....ประจำเดือน .... ขอบเขตการทำงานและรายชื่อ ตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติให้เจ้าหน้าที่ดังรายชื่อข้างท้ายนี้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนนอกเวลาราชการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันทำการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอนแทนได้ไม่เกินวันละ ๔ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐ บาท และข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานในวันหยุดราชการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอบแทนได้ไม่เกินวันละ ๗ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๖๐ บาท ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๐ โดยขอเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี .....เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

.....	.....
(.....)	(.....)
หัวหน้างาน	หัวหน้าฝ่าย

อนุมัติ

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ตารางขอขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการลูกจ้างชั่วคราวรายวัน

โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตรา ค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)			จำนวนเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ปกติ	หยุด	รวม			
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
	รวม		**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0	0	0		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง .....

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐ โทร. ๐ ๕๔๒๖ ๖๑๐๔

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐.../..... **วันที่** .....

เรื่อง ขออนุมัติให้เจ้าหน้าที่ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ..... ประจำเดือน .....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... มีความประสงค์ขออนุมัติขึ้นปฏิบัติงาน นอกเวลาราชการ เวลา.....ประจำเดือน .... เพื่อการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้มารับบริการ รายชื่อตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติให้เจ้าหน้าที่ดังรายชื่อข้างท้ายนี้ขึ้นปฏิบัติงาน โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามประกาศคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนจังหวัดลำปาง เรื่อง อัตราค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดลำปาง ประกาศ ณ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗ โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี.....เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

.....	.....
(.....)	(.....)
หัวหน้างาน	หัวหน้าฝ่าย

อนุมัติ

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ตารางการขอขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการลูกจ้างชั่วคราวรายวัน

โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตรา ค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลา ปฏิบัติงาน (เวร/วัน)	จำนวนเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
รวม			**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตัวอย่างเอกสารตามข้อ 2.1.1

ตารางคำนวณการจ่ายเงินค่าจ้างชั่วคราวรายวัน

โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตรา ค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																														รวมเวลา ปฏิบัติงาน (เวร/วัน)	จำนวนเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
																																			0	0
		รวม	**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จัดทำเอกสาร

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตัวอย่างเอกสารประกอบ 2.2.1

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐...../..... **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ.....ประจำเดือน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... ได้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เวลา ..... ประจำเดือน ..... ขอบเขตการทำงานและรายชื่อ ตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงาน งาน..... นอกเวลาราชการ ..... เป็นเงิน ..... บาท (.....) โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนนอกเวลาราชการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันทำการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอนแทนได้ไม่เกินวันละ ๔ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐ บาท และข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานในวันหยุดราชการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอบแทนได้ไม่เกินวันละ ๗ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๖๐ บาท ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๐ โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี ..... เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

.....	.....
(.....)	(.....)
หัวหน้างาน	หัวหน้าฝ่าย

ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติ

ขอนุมัติจ่ายเงิน จำนวนเงิน ..... บาท

(.....)

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

รายงานการปฏิบัติงาน

ของ.....

ประจำเดือน.....

วันที่	เวลา	จำนวนเวลาปฏิบัติงาน	รายละเอียดการปฏิบัติงาน

รวมเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

วันปกติ ชั่วโมง

วันหยุด ชั่วโมง

รวม ชั่วโมง

.....ผู้ปฏิบัติงาน

(.....)

.....ผู้ควบคุมงาน

(.....)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)			จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ปกติ	หยุด	รวม			
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
		รวม	**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0	0	0		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางรุอร ต๊ะพันธ์)

ตำแหน่ง พนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐...../..... **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ.....ประจำเดือน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... ได้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เวลา ..... ประจำเดือน ..... เพื่อ การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้มารับบริการ รายชื่อตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงาน งาน..... นอกเวลาราชการ ..... เป็นเงิน ..... บาท (.....) โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามประกาศคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนจังหวัดลำปาง เรื่อง อัตราค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดลำปาง ประกาศ ณ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗ โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี ..... เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

....

(.....) (.....)

หัวหน้างาน หัวหน้าฝ่าย

ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติ ขอนุมัติจ่ายเงิน จำนวนเงิน ..... บาท

(.....)

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (เวร/วัน)	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
		รวม	**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางรุอร ต๊ะพันธ์)

ตำแหน่ง พนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

ตัวอย่างการเขียนขอเบิก

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (เวร)	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
1	นางสาวมะลิ วานิลลา	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	บ /ด 120						/		/					/				/															4	480.00		
			OT 330							/				/										/					/						4	1,320.00		
			OT 165			/									/																/				3	495.00		
			Stb 82.5																							/						/			2	165.00		
			xtr 330									/										/												/	3	990.00		
																																				3,450.00		
2	นางสาวอาทิต จันทรา	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	บ /ด 120				/		/					/				/																	4	480.00		
			OT 330					/				/										/					/								4	1,320.00		
			OT 165	/									/																/						3	495.00		
			Stb 82.5																					/						/					2	165.00		
										/																									0	2,460.00		
																																			0	-		
																																			0	-		
																																			0	-		
																																			0	-		
		รวม	**ตัวอักษร**	หนึ่งหมื่นหนึ่งพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน																															29	11,820.00		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางรุอร ต๊ะพันธ์)

ตำแหน่ง พนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐...../..... **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ..Extra....ประจำเดือน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... ได้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เวลา ..... ประจำเดือน ..... ขอบเขตการทำงานและรายชื่อ ตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงาน งาน..... นอกเวลาราชการ ..... เป็นเงิน ..... บาท (.....) โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนนอกเวลาราชการ พ.ศ. ๒๕๕๐ ข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานนอกเวลาราชการในวันทำการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอนแทนได้ไม่เกินวันละ ๔ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๕๐ บาท และข้อ ๗.๑ การปฏิบัติงานในวันหยุดราชการ ให้มีสิทธิเบิกเงินตอบแทนได้ไม่เกินวันละ ๗ ชั่วโมง ในอัตราชั่วโมงละ ๖๐ บาท ประกาศ ณ วันที่ ๒๑ มกราคม ๒๕๕๐ โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี ..... เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

.....	.....
(.....)	(.....)
หัวหน้างาน	หัวหน้าฝ่าย

ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติ

ขอนุมัติจ่ายเงิน จำนวนเงิน ..... บาท

(.....)

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

รายงานการปฏิบัติงาน

ของ.....

ประจำเดือน.....

วันที่	เวลา	จำนวนเวลาปฏิบัติงาน	รายละเอียดการปฏิบัติงาน

รวมเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

วันปกติ ชั่วโมง

วันหยุด ชั่วโมง

รวม ชั่วโมง

.....ผู้ปฏิบัติงาน

(.....)

.....ผู้ควบคุมงาน

(.....)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (ชั่วโมง)			จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	ปกติ	หยุด	รวม			
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
																																					0	0		
		รวม	**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0	0	0		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางรุอร ต๊ะพันธ์)

ตำแหน่ง พนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง ๕๒๒๒๐

ที่ ลป.๐๐๓๓.๓๐...../..... **วันที่**

เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ..Extra....ประจำเดือน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

ด้วย งาน..... ได้ขึ้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ เวลา ..... ประจำเดือน ..... เพื่อ การให้บริการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนผู้มารับบริการ รายละเอียดการปฏิบัติงาน และรายชื่อตามเอกสารแนบ

ในการนี้ จึงขออนุมัติเบิกจ่ายค่าปฏิบัติงาน งาน..... นอกเวลาราชการ ..... เป็นเงิน ..... บาท (.....) โดยขอเบิกจ่ายค่าตอบแทนตามประกาศคณะกรรมการพิจารณาค่าตอบแทนจังหวัดลำปาง เรื่อง อัตราค่าตอบแทนในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในจังหวัดลำปาง ประกาศ ณ ๑๗ กันยายน ๒๕๖๗ โดยเบิกจ่ายจากเงินบำรุง โรงพยาบาลแม่เมาะ โดยมี ..... เป็นผู้ควบคุม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และพิจารณาอนุมัติ

.....	.....
(.....)	(.....)
หัวหน้างาน	หัวหน้าฝ่าย

ได้พิจารณาแล้วเห็นควรอนุมัติ

ขอนุมัติจ่ายเงิน จำนวนเงิน ..... บาท

(.....)

.....

(นางสาวสุภาพรรณ ชุณหการกิจ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสบปราบ

รักษาการในตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่เมาะ

รายงานการปฏิบัติงาน

ของ.....

ประจำเดือน.....

วันที่	เวลา	รายละเอียดการปฏิบัติงาน	หมายเหตุ

.....ผู้ปฏิบัติงาน

(.....)

.....ผู้ควบคุมงาน

(.....)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแม่เมาะอำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

ประจำเดือน ..... พ.ศ. .....

ที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																													รวมเวลาปฏิบัติงาน (เวร)	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
																																			0	0		
		รวม	**ตัวอักษร**	ศูนย์บาทถ้วน																															0	0		

ขอรับรองว่าผู้มีรายนามข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาราชการจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ตำแหน่ง .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(นางรุอร ต๊ะพันธ์)

ตำแหน่ง พนักงานการเงินและบัญชี

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ตำแหน่ง .....