**แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงาน**

**ในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว**

**และหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน**

­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­

เขียนที่……………..………………………………………

วันที่................เดือน...............................พ.ศ.........................

เรียน ประธานกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

ข้าพเจ้า.............................................................................................. อายุ..............................ปี ตำแหน่ง...................................................... ระดับ............................................. อายุราชการ............................ปี มีภูมิลำเนาอยู่บ้านเลขที่.................................... ถนน........................................ ตำบล/แขวง............................... อำเภอ/เขต........................................... จังหวัด.......................................... รหัสไปรษณีย์.................................... โทรศัพท์..................................................... สถานที่ปฏิบัติงาน.............................................................................. สังกัดกอง........................................................กรม ..............................................โทรศัพท์.................................มีความประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการ หรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน เป็นเงินเดือนละ ............................................. บาท (...........................................................................................)

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงานหรือได้ปฏิบัติงานมาแล้วด้วย ความเสียสละ ซึ่งพร้อมจะรับการประเมินตลอดเวลา และข้าพเจ้าพร้อมจะปฏิบัติงานอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ ดังนี้

(1) ...........................................................................................................................................

(2) ............................................................................................................................................

(3) ............................................................................................................................................

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการหรือหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ตามหลักเกณฑ์ที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าวให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป พร้อมกับคำขอนี้ ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐาน

1. สำเนาทะเบียนบ้าน

2. หลักฐานการแจ้งเลิกการทำเวชปฏิบัติส่วนตัว หรือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน (ถ้ามี)

ลงชื่อ .....................…….............…..………………………

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

- 2 -

ความเห็นของคณะกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

1. ผลการตรวจสอบคุณสมบัติ

( ) ครบถ้วน

( ) ไม่ครบถ้วน เพราะ ................................................................................................

……………………………..................................................……………………………………………

2. ผลการประเมินความเหมาะสม

( ) เหมาะสม

( ) ไม่เหมาะสม เพราะ …………………………..................................................................

………………………………………………………………………...............................................….

ลงชื่อ …………………...................................………………..

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

ประธานกรรมการบริหารหน่วยบริการหรือหน่วยงาน

วันที่ ………..............…....….……………………….