



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.....

ที่ วันที่

เรื่อง ขอรับสวัสดิการฝ่ายการพยาบาล

เรียน ผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

ข้าพเจ้า (นาย / นาง / นางสาว).....นามสกุล.....

ตำแหน่ง.....หน่วยงาน.....

ขอรับสวัสดิการฝ่ายการพยาบาล ดังนี้

๑. ☐ สวัสดิการเยี่ยมไข้

☐ เงิน ๖๐๐ บาท ☐ กระเช้าเยี่ยมไข้

☐ บุคลากร (๑ ครั้ง/ปี ๑ ม.ค. - ๓๑ ธ.ค.)

☐ บิดา ☐ มารดา ☐สามี ☐ภรรยา ☐บุตร (๑ ครั้ง/ปี ๑ ม.ค. - ๓๑ ธ.ค.)

ชื่อ-สกุล.....

หลักฐานประกอบขอรับสวัสดิการ

๑.๑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับสวัสดิการ (กรณีเบิก บิดา / มารดา)

๑.๒ สำเนาทะเบียนสมรส

๑.๓ สำเนาใบสูติบัตร หรือ สำเนาทะเบียนบ้าน (กรณีเบิกบุตร)

๑.๔ ใบรับรองแพทย์ / หรือหลักฐานการนอนโรงพยาบาล

๒. ☐ สวัสดิการงานศพ

☐ บุคลากร จำนวนเงิน ๒๐,๐๐๐ บาท

☐ บิดา ☐ มารดา ☐สามี ☐ภรรยา ☐บุตร จำนวนเงิน ๕,๐๐๐ บาท

☐ พวงหรีด จ่ายตามจริงไม่เกิน จำนวนเงิน ๘๐๐ บาท

ชื่อ-สกุล ผู้ถึงแก่กรรม.....

หลักฐานประกอบขอรับสวัสดิการ

๒.๑ สำเนาทะเบียนบ้านผู้ขอรับสวัสดิการ (กรณีเบิกญาติสายตรง)

๒.๒ สำเนาทะเบียนสมรส

๒.๓ สำเนาใบมรณบัตร

๓. ☐ สวัสดิการ ลาออก / ☐ เกษียณ อายุราชการ

๓.๑ วัน / เดือน / ปี ที่บรรจุ.....อายุงาน.....ปี.....เดือน

๓.๒ จำนวนเงินที่ได้รับ.....บาท (ไม่ต้องระบุ)

☐ รับเงินสด ☐ โอนเข้าบัญชีธนาคารทหารไทยธนชาติ เลขที่.....)

หลักฐานประกอบขอรับสวัสดิการ คำสั่งอนุมัติลาออก

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้ขอรับสวัสดิการ

ผู้รับสวัสดิการ.....

ผู้จ่ายสวัสดิการ.....

วันที่รับ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้างาน