หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษา

ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อหน่วยบริการ โรงพยาบาลบ้านแพรก

วันที่ 1 เดือน เมษายน พ.ศ.2563

(ปฏิบัติงานวันละไม่ต่ำกว่า ๘ ชม.ต่อผลัด)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ-นามสกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน | จำนวนผลัดที่ปฏิบัติงาน | อัตราค่าตอบแทน | จำนวนเงิน(๑) | จำนวนชั่วโมงที่ปฎิบัติงาน(\*) | อัตราค่าตอบแทน | จำนวนเงิน(๒) | จำนวนเงินรวม(๑+๒) | ลายมือชื่อผู้รับเงิน | วันที่รับเงิน | หมายเลขบัญชีธนาคารของผู้รับเงิน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)...........................................................

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ....................................................หัวหน้าผู้ควบคุม (ตามที่ได้รับมอบหมาย) (ลงชื่อ).....................................................ผู้จ่ายเงิน

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

หมายเหตุ (\*) หมายถึง กรณีที่ปฏิบัติงานที่ได้รัรบมอบหมายไม่เต็มผลัด ๘ ชั่วโมง