

ใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล

720000/๕๙

Emp
๖/๗/๖๗

วันที่ 10 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567

1. ข้าพเจ้า นายรัตนะ วงษ์บุญหนัก ตำแหน่ง หัวหน้างาน สังกัด ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ รหัสบุคลากร 2163293
2. ขอเบิกเงินค่ารักษาพยาบาล เนื่องจากป่วยเป็น เลือดออกเยื่อตาขาวตาซ้าย และได้รับการตรวจรักษาพยาบาลจาก (ชื่อสถานพยาบาล) โรงพยาบาลเปาโล ซึ่งเป็นสถานพยาบาลของ เอกชน ตั้งแต่วันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567 ถึงวันที่ 05 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2567 เป็นเงินรวมทั้งสิ้น 1,341 บาท (หนึ่งพันสามร้อยสี่สิบเอ็ดบาทถ้วน) ตามใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ 2 ฉบับ
3. การเบิกครั้งนี้เป็นครั้งที่ 1 ในปีการศึกษา 2567 (ยอดวงเงินคงเหลือ 10,000.00 บาท)

ลงชื่อ รัตนะ วงษ์บุญหนัก ผู้ขอเบิก
(นายรัตนะ วงษ์บุญหนัก)

4. ความเห็นของผู้บังคับบัญชา

4.1 หัวหน้างาน/หัวหน้าภาค/หัวหน้าสาขาวิชา

4.3 ผู้อำนวยการสำนัก/คณบดี

ลงชื่อ _____
(_____)
/ /

ลงชื่อ _____
(_____)
/ /

4.2 หัวหน้าฝ่าย/หัวหน้าศูนย์/รองคณบดี

4.4 รองอธิการบดี/อธิการบดี

ลงชื่อ ดร. วรวิทย์ วัฒนา
(อาจารย์ชัยมาศ คชมา)
(หัวหน้าศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ)
๑๐ / ๗ / ๖๗

ลงชื่อ _____
(_____)
/ /

5. เงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลครั้งนี้ สามารถเบิกได้ () เต็มจำนวน () ไม่เต็มจำนวน โดยจะเบิกได้ _____ บาท (_____) และจะยังคงเหลือเงินสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในครั้งต่อไป เป็นเงิน _____ บาท

ลงชื่อ _____ เจ้าหน้าที่ผู้ตรวจสอบ
(_____)
/ /

6. คำรับรองของหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์

ข้าพเจ้าได้ตรวจใบเบิกเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ _____ บาท

ลงชื่อ _____ หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรมนุษย์
(_____)
/ /

ใบรับรองแพทย์

แพทย์ผู้ตรวจ: พญ.อรณิชา ศรีวนิชย์

ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมใบอนุญาต เลขที่ 52237

ข้าพเจ้าแพทย์ผู้ตรวจผู้มีชื่อข้างต้นนี้ ได้ทำการตรวจร่างกายบุคคลดังต่อไปนี้

ชื่อ-นามสกุล นาย รัตนะ วงษ์บุญหนัก อายุ 42 ปี เลขที่บัตรประจำตัวผู้ป่วย (H.N.) 6724971

ผู้ป่วยนอก เข้ารับการรักษา วันที่ 5 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

จากการตรวจร่างกายของผู้มีชื่อข้างต้นแล้ว ขอให้ความเห็นดังต่อไปนี้

วินิจฉัยโรค เลือดออกเยื่อตาขาวตาซ้าย

สรุปความเห็น ผู้ป่วยได้มารับการตรวจจริง

ใบรับรองฉบับนี้ออกให้เมื่อ

วันที่ 5 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

ขอรับรองข้อความข้างต้นเป็นความจริง

ลายมือชื่อแพทย์ผู้ตรวจ

พญ.อรณิชา ศรีวนิชย์

ลายมือชื่อผู้รับการตรวจ

