

ใบเบิกเงินเพิ่มพิเศษ

ขอผู้ป่วย/หน่วย..... งานการพยาบาลผู้ป่วย .....

ชื่อ - สกุล	เลขที่ OT	วดป.ที่เริ่มปฏิบัติงานถึงวันสุดท้ายของเดือนที่เบิก	รวมระยะเวลาปฏิบัติงาน	เงินเดือน	วันที่ขึ้นปฏิบัติงาน			หมายเหตุ
					วันเดือนปี	เวร OT	เวรป่วย/ดึก	
ชื่อ - ชื่อสกุล								เวลาปฏิบัติงาน
								ด.= 00.00-08.00 น.
								ช.= 08.00-16.00 น.
								บ.= 16.00-24.00 น.
ตำแหน่ง : พยาบาล								
<input type="checkbox"/> ข้าราชการ								
<input type="checkbox"/> พมป.								
<input type="checkbox"/> พมช.								
<input type="checkbox"/> พนส.								
พมป.: ข้าราชการเปลี่ยนสถานะ								
พมช.: พนักงานมหาวิทยาลัยประจำ								
พนส.: พนักงานส่วนงาน								
								จำนวนเงินเพิ่มพิเศษ(บาท)
ผู้จ่ายเงิน.....					รวม			
(.....)					รวมเวรทั้งหมด			
ตำแหน่ง.....					จำนวนเงินตัวอักษร(.....)			

ลงชื่อผู้เบิก.....  
 ลงชื่อผู้รับรอง.....

**หมายเหตุ**

- ถ้าขึ้นเวร OT หรือเวรป่วย เหวดึก หลายขอผู้ป่วยให้หมายเหตุดังนี้  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....  
 วันที่.....ขึ้นเวร.....ที่หอผู้ป่วย.....ลงชื่อผู้รับรอง.....

- ระเบียบการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ ดังนี้  
 ต้องเป็นผู้ที่ได้รับใบอนุญาตในการประกอบโรคศิลปะสาขาพยาบาล  
 ต้องไม่เป็นผู้ที่ได้รับเงินประจำตำแหน่ง หรือเงินค่าตอบแทนผู้อำนวยการ ผู้เชี่ยวชาญ  
 ต้องขึ้นปฏิบัติงานเวรป่วย,ดึกและ OT อย่างน้อย 80 ชั่วโมงต่อเดือน (10 เหวร)  
 - ถ้าปฏิบัติงานน้อยกว่า 1 ปี เบิกได้ไม่เกินเดือนละ 2,000 บาท  
 - ถ้าปฏิบัติงานมากกว่า 1 ปี ไม่ถึง 2 ปี เบิกได้ไม่เกินเดือนละ 2,500 บาท  
 - ถ้าปฏิบัติงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป เบิกได้ไม่เกินเดือนละ 3,000 บาท  
 ทั้งนี้อัตราการเบิกจ่ายเงินเพิ่มพิเศษ เมื่อรวมกับเงินเดือนแล้ว ต้องไม่เกิน 30,000 บาท