

ใบเบิกเงินสวัสดิการค่าตรวจสุขภาพประจำปี พนักงานมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
ตามข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏเลยว่าด้วย สวัสดิการของพนักงานสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พ.ศ. ๒๕๖๓

โปรดทำเครื่องหมาย ลงในช่องว่าง พร้อมทั้งกรอกข้อความเท่าที่จำเป็น

๑. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....
สังกัด.....
เบอร์โทร.....เลขที่บัญชีเงินฝากธนาคาร.....
() พนักงานมหาวิทยาลัย (งบแผ่นดิน)
() พนักงานมหาวิทยาลัย (งบรายได้)
() พนักงานราชการ

ขอยื่นรับค่าตรวจสุขภาพประจำปี เสนอ อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

๒. ข้าพเจ้าขอเบิกเงินค่าตรวจสุขภาพประจำปี
 ตามสิทธิ เฉพาะส่วนที่ขาดอยู่จากสิทธิที่ได้รับจากหน่วยงานอื่น
เป็นเงินรวมทั้งสิ้น.....บาท
(.....) ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน.....ฉบับ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิเบิกค่าตรวจสุขภาพ ตามจำนวนที่ขอเบิกซึ่งกำหนดไว้ใน
ข้อบังคับมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ว่าด้วยสวัสดิการของพนักงาน สังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พ.ศ.๒๕๖๓
และข้อความข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ
(.....)
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๓. ความเห็นของเจ้าหน้าที่งานการเงิน
 เห็นควรอนุมัติ
 เห็นควรนำเข้าที่ประชุมคณะกรรมการบริหารงานบุคคลมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย พิจารณา
เนื่องด้วย.....
.....
.....

(ลงชื่อ).....
(.....)
ตำแหน่ง.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๔. คำอนุมัติ

อนุมัติให้เบิกได้ตามสิทธิ

ไม่อนุมัติ เนื่องจากด้วย.....

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

๕. ใบรับเงิน

ได้รับเงินสวัสดิการค่าตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

จำนวนเงินตามใบสำคัญนี้ข้าพเจ้าขอเบิกเงิน บาท
(.....)
ลงชื่อ ผู้ขอเบิกเงิน