



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กลุ่มงานการแพทย์ โทร.....

ที่ ที่ สธ.๐๘๓๐...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิก – จ่ายเงินค่าตอบแทนรายเดือนจิตแพทย์.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการเงินและบัญชี

องค์กรแพทย์ ขอส่งเอกสารการเบิก – จ่ายเงินค่าตอบแทนรายเดือนจิตแพทย์ ประจำเดือน

.....พ.ศ.....จำนวน.....คน อัตราคนละ ๕,๐๐๐ บาทต่อเดือน รวมเป็นเงิน

ทั้งสิ้น.....บาท (.....)

เมื่อเบิกจ่ายเรียบร้อยแล้วขอให้จ่ายเงินออกในนาม ผู้มีสิทธิรับเงินตามเอกสารขอเบิกที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

.....

(.....)

ตำแหน่ง.....