



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา

โทร.

ที่ อว 8204.04.01/

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารกลางและทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

พนักงานมหาวิทยาลัย ข้าราชการ ลูกจ้างประจำ ลูกจ้างของมหาวิทยาลัย

ตำแหน่ง.....หัวหน้าสำนักงาน.....ระดับ.....

สังกัด ภาควิชา/ฝ่าย/งาน.....คณะ/สถาบัน/สำนัก/กอง.....

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของ

โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่ จำนวน.....บาท

(.....)

๒. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่..... จำนวน.....บาท

(.....)

๓. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่..... จำนวน.....บาท

(.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง