



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล โทร.....

ที่ อว ๘๒๐๕.๐๓.๐๑/

วันที่

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของพนักงานมหาวิทยาลัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นพนักงานมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง.....ระดับ.....

สังกัด สาขาวิชา.....คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่ม ของ.....

.....โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....จำนวน.....บาท
(.....)

๒. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....จำนวน.....บาท
(.....)

๓. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....จำนวน.....บาท
(.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....