



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล โทร.....

ที่ อว ๘๒๐๕.๐๓.๐๑/

วันที่

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของลูกจ้างมหาวิทยาลัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

เป็นลูกจ้างมหาวิทยาลัย ตำแหน่ง..... สังกัด สาขาวิชา
.....คณะวิทยาศาสตร์และนวัตกรรมดิจิทัล

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มโดยมีรายละเอียด ดังนี้

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

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

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

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....