แบบ สขร.1

รายงานการขอรับเงินเดือน (ค่าจ้าง) ประจำเดือน ตุลาคม พ.ศ. 2562

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	อัตราเงินเดือน	ขั้นเงินเดือน	เงินเดือนที่ได้รับ	เงินประจำตำแหน่ง	เงินตอบแทนพิเศษ	เงินเพิ่มค่าครองชีพชั่วคราว	รวมเงินได้	ลายมือชื่อผู้รับเงิน

ขอรับรองว่าข้าพเจ้าได้จ่ายเงินให้แก่ผู้มีชื่อข้างต้นนี้ครบถ้วนถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(นายสุรินทร์ ธนานันท์)

ตำแหน่ง สาธารณสุขอำเภอเมืองสุรินทร์

วันที่.....