



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน โทร.

ที่ วันที่

เรื่อง ส่งใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ กรณีสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของพนักงานมหาวิทยาลัย

เรียน หัวหน้าฝ่ายบริหารทรัพยากรบุคคล

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....

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

สังกัด

มีความประสงค์ขอเบิกค่าใช้จ่ายจากสวัสดิการประกันสุขภาพกลุ่มของ.....

..... โดยมีรายละเอียด ดังนี้

๑. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

๒. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

๓. ใบเสร็จรับเงินและใบรับรองแพทย์ ฉบับลงวันที่.....

จำนวน.....บาท (.....)

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไป

(.....)

ตำแหน่ง.....