

ตารางบันทึกเวลาการปฏิบัติราชการ
สำหรับเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง
สอบสวน ป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อส่วนราชการ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

| ลำดับ ที่ | ชื่อ - นามสกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน | เริ่มปฏิบัติงาน เวลา | ลายมือชื่อ | สิ้นสุดปฏิบัติงาน เวลา | ลายมือชื่อ |
|--------------|----------------|---------|----------|-------------------------|------------|---------------------------|------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม
(.....)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนเสี่ยงภัยของเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง สอบสวน ป้องกัน ควบคุมและรักษา
ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ชื่อหน่วยบริการ.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

(ปฏิบัติงานวันละไม่ต่ำกว่า ๘ ชม.ต่อผลัด)

| ลำดับ ที่ | ชื่อ - นามสกุล | ตำแหน่ง | หน่วยงาน | จำนวนผลัด ที่ปฏิบัติงาน | อัตรา ค่าตอบแทน | จำนวนเงิน (๑) | จำนวน ชั่วโมงที่ ปฏิบัติงาน (*) | อัตรา ค่าตอบแทน | จำนวนเงิน (๒) | จำนวนเงิน รวม (๑+๒) | ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน | วันที่รับเงิน | หมายเลข บัญชีธนาคาร ของผู้รับเงิน |
|--------------|----------------|---------|----------|----------------------------|--------------------|------------------|--|--------------------|------------------|------------------------|--------------------------|---------------|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| รวม | | | | | | | | | | | | | |

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม (ตามที่ได้รับมอบหมาย)
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

หมายเหตุ (*) หมายถึง กรณีที่ปฏิบัติงานที่ได้รับมอบหมายไม่เต็มผลัด ๘ ชั่วโมง