



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน.....กองสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร

ที่ มห ๕๑๐๐๖...../.....

วันที่.....

เรื่อง ขอสลิปเงินเดือน

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

ด้วยข้าพเจ้า อายุ.....ปี ปัจจุบันเป็น (✓) ข้าราชการ
() ลูกจ้างประจำ () พนักงานจ้างตามภารกิจ,พนักงานจ้างทั่วไป ตำแหน่ง
ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้าน.....สังกัด กองสาธารณสุข
องค์การบริหารส่วนจังหวัดมุกดาหาร อัตราเงินเดือน บาท เงินประจำตำแหน่ง บาท
เงินค่าตอบแทนรายเดือน.....บาท เงินค่าครองชีพชั่วคราว.....บาท รวมเป็นเงิน บาท
บรรจุเข้ารับราชการตั้งแต่วันที่ เดือน พ.ศ.....

มีความประสงค์ขอหนังสือรับรองเงินเดือนเพื่อนำไปประกอบหลักฐาน

☐ บัตรเครดิต

☒ กู้เงินสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร จำกัด

☐ กู้เงินธนาคาร.....

☐ ค่าประกัน.....

ขอรับรองว่ารายการข้างต้นถูกต้อง และเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง

- ได้ตรวจสอบแล้ว รวมรายจ่าย.....บาท

และมีการหักเงินจากบัญชีแล้วขอรับรองว่า

มีเงินคงเหลือ.....บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา