

แบบแสดงความประสงค์การรับค่าจ้างของพนักงานกระทรวงสาธารณสุข

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....

เลขประจำตัวประชาชน.....ตำแหน่ง.....

สังกัด/หน่วยงาน/กลุ่มงาน.....

กรม/สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.....

มีความประสงค์เลือกรับค่าจ้าง ดังนี้

เลือกรับค่าจ้าง ๑ รอบ ซึ่งจะได้รับค่าจ้างตามวันที่ส่วนราชการกำหนด

เลือกรับค่าจ้าง ๒ รอบ ซึ่งจะได้รับค่าจ้าง ดังนี้

รอบ ๑ จะได้รับค่าจ้างในวันที่ ๑๖ ของเดือน หากวันที่ ๑๖ ตรงกับวันหยุดราชการให้เลื่อนเป็นวันทำการ
ก่อนวันที่ ๑๖ ของเดือน

รอบ ๒ จะได้รับค่าจ้างตามวันที่ส่วนราชการกำหนด

หมายเหตุ

๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้หน่วยบริการดำเนินการจ่ายค่าจ้าง ตามที่ได้แสดงความประสงค์ไว้

๒. การยื่นแบบแสดงความประสงค์กรณีขอเปลี่ยนแปลงให้ดำเนินการ ภายในวันที่ ๑ - ๑๕ ธันวาคม ของทุกปี
สำหรับการรับค่าจ้างตั้งแต่เดือนมกราคมปีถัดไป

๓. การยื่นแบบแสดงความประสงค์กรณีจ้างงานใหม่ ย้ายข้ามหน่วยบริการ ให้ดำเนินการได้ตั้งแต่วันที่จ้างหรือ วันที่ย้าย

๔. การยื่นแบบแสดงความประสงค์ ให้ยื่นต่อเจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการที่มีหน้าที่รับผิดชอบ และเก็บไว้ที่หน่วยบริการ
(ไม่ต้องส่งกรม หรือสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข)

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้แสดงความประสงค์