

บัญชีรายชื่อบุคลากรผู้มีสิทธิและผู้มีสิทธิร่วมเข้าโครงการเบิกจ่ายตรง  
สวัสดิการรักษายาพยาบาลองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา  
ชื่อหน่วยงาน/สถานศึกษา.....

ลำดับที่	ตำแหน่ง	ชื่อ	สกุล	บัตรประชาชน 13 หลัก	วัน/เดือน/ปี เกิด	เพศ	สัญชาติ	ศาสนา	ประเภทพรรค	ความสัมพันธ์	บุตร ลำดับที่	เลขที่ใบสำคัญ การสมรส	ว/ด/ป/ทั้งด ทะเบียนสมรส	ว/ด/ป/ทั้งด นิติศรัทธาพยาบาล	ชื่อ สกุล เจ้าของสิทธิ		เบอร์โทรศัพท์ต่อ	หมายเลขบัตรประจำตัว ประชาชนประจำของสิทธิ
															ชื่อ	สกุล		

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบุคคลดังกล่าวข้างต้นเป็นผู้มีสิทธิตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยเงินสวัสดิการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลของพนักงานส่วนท้องถิ่น พ.ศ.2557

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ/ผู้รับผิดชอบ  
( ..... )  
ตำแหน่ง.....  
วันที่.....

**หมายเหตุ**      กรุณากรอกข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน และพิมพ์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์  
                    กรุณาอ่านคำอธิบายการกรอกข้อมูล ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมแบบฟอร์มนี้