



ภาควิชา/หน่วยงาน.....  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร. ....

ที่ .....

วันที่ .....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

เรียน คณบดี

- สิ่งที่ส่งมาด้วย
1. ใบเสร็จรับเงินค่าบริการทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
  2. ผลการตรวจตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือใบรับรองแพทย์
  3. สำเนารายงานบุคลากร/นักศึกษา ที่มีความเสี่ยงต้องกักตัวตามความเห็นของคณะกรรมการโควิด-19
  4. สำเนาประกาศคณะเภสัชศาสตร์ เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายเงินสวัสดิการเพิ่มเติมให้แก่บุคลากรคณะเภสัชศาสตร์ (ฉบับที่ 4) พ.ศ. 2564

ตามที่ข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว.....

ตำแหน่ง.....สังกัด.....ได้รับอนุมัติจากคณะเภสัชศาสตร์ให้  
ตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 บัดนี้ข้าพเจ้าได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอเบิกจ่ายค่าบริการ  
ทางการแพทย์ในการตรวจหาเชื้อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นจำนวน.....บาท  
(.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดอนุมัติด้วย จะขอบคุณยิ่ง

.....(ผู้ขออนุมัติ)

(.....)

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าตรวจหาเชื้อ  
ไวรัสโคโรนา 2019 จำนวนเงิน ..... บาท  
(.....)

จากเงินรายได้คณะเภสัชศาสตร์

อนุมัติ

.....  
(ผศ.ดร. อัญชลี จินตพัฒนากิจ)

รองคณบดีฝ่ายการคลัง