**บันทึกคำชี้แจงประกอบการขอเบิก "ค่าตรวจสุขภาพประจำปี"**

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี เกิดเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ตำแหน่ง.....ระดับ.....โรงเรียน.....

สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต ๓๖ ขอเบิกค่าตรวจสุขภาพประจำปีงบประมาณ

พ.ศ. ..... เป็นครั้งแรก กับโรงพยาบาล.....จังหวัด.....

เป็นเงิน.....บาท (.....) ใบเสร็จลงวันที่.....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อความดังกล่าวเป็นความจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

ตำแหน่ง.....