



ประกาศมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
เรื่อง แบบทำยระเบียบมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราการจ่ายค่าตอบแทน
เป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช
ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ.๒๕๕๙

โดยที่เป็นการสมแก่ไขปรับปรุงแบบทำยระเบียบมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และอัตราการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานใน
มหาวิทยาลัยนวมินทราชิราชที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ.๒๕๕๙ ให้ถูกต้อง

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ ของข้อบังคับมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ว่าด้วยการจ่าย
ค่าตอบแทนเป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยนวมิน ทราชิราช
ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๕๖ จึงกำหนดให้แบบคำขอรับเงินเพิ่มพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราชที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล แบบคำขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และ
เภสัชกรที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว และแบบสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร
ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว ทำยประกาศฉบับนี้ ใช้เป็นแบบทำยระเบียบมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช ว่าด้วย
หลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่
ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราชที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ.๒๕๕๙
แทนฉบับเดิม

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๐

AMS

(รองศาสตราจารย์อนันต์ มโนมันพิบูลย์)
อธิการบดีมหาวิทยาลัยนวมินทราชิราช



คำขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

เขียนที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล (ผ่านฝ่ายทรัพยากรบุคคล)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี ตำแหน่ง
 แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ระดับ.....อายุราชการ/อายุงาน.....ปี สังกัด
 ภาควิชา/ฝ่าย.....คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ มีภูมิลำเนา
 อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ซอย.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
 เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....
 มีความประสงค์จะขอรับเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์
 วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว เป็นเงินเดือนละ.....บาท

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองว่า ข้าพเจ้าจะตั้งใจปฏิบัติงานหรือได้ปฏิบัติงานมาแล้วด้วยความเสียสละ
 และพร้อมจะรับการประเมินตลอดเวลา รวมทั้งพร้อมจะปฏิบัติงานอื่นเพิ่มเติมจากงานประจำ ดังนี้

๑.
๒.
๓.
๔.
๕.

ข้าพเจ้าได้รับทราบหลักเกณฑ์และเงื่อนไขการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์
 และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติ
 ส่วนตัว ตามระเบียบมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ วิธีการ และอัตราค่าตอบแทนเป็น
 เงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานในมหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ที่ไม่ปฏิบัติเวช
 ปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๕๙ รวมทั้งข้อบังคับและกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องแล้วและ
 ยินยอมปฏิบัติตาม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการเพื่อเสนอขออนุมัติการจ่ายเงินเพิ่มพิเศษดังกล่าว
 ให้แก่ข้าพเจ้าต่อไป พร้อมนี้ข้าพเจ้าได้แนบหลักฐานต่อไปนี้มาด้วยแล้ว

๑. สำเนาทะเบียนบ้าน
๒. การแจ้งเลิกการทำเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน (ถ้ามี)

ลงชื่อ..... ผู้ยื่นคำขอ

(.....)

บันทึกความเห็นและผลการพิจารณาของผู้เกี่ยวข้อง

	ผลการตรวจสอบ คุณสมบัติ		ผลการประเมิน ความเหมาะสม		หมายเหตุ
	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	เหมาะสม	ไม่เหมาะสม	
ฝ่ายทรัพยากรบุคคล					
คณะกรรมการบริหาร โรงพยาบาล					ในการประชุม ครั้งที่/..... เมื่อวันที่.....
คณะกรรมการประจำ คณะแพทยศาสตร์ วชิรพยาบาล	<input type="radio"/> อนุมัติ <input type="radio"/> ไม่อนุมัติ				ในการประชุม ครั้งที่/..... เมื่อวันที่.....

เหตุผลการพิจารณาตรวจสอบหรือพิจารณาไม่ผ่านหรือไม่ได้รับการอนุมัติ คือ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ลงชื่อ..... หัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล
(.....) คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

วันที่.....



คำขอยกเลิกสัญญาการรับเงินพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว

เขียนที่ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล (ผ่านหัวหน้าฝ่ายทรัพยากรบุคคล)

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี

ตำแหน่ง.....ระดับ.....สังกัดภาควิชา/ฝ่าย.....

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช มีความประสงค์ขอยกเลิกสัญญาขอรับเงินพิเศษ

สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เนื่องจาก.....

โดยการยกเลิกสัญญาให้มีผลตั้งแต่วันที่.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาดำเนินการต่อไป

..... ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

- หมายเหตุ ๑. ต้องยื่นคำขอยกเลิกสัญญา ล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วันก่อนถึงวันเลิกสัญญา
๒. ให้ยื่นคำขอที่ฝ่ายทรัพยากรบุคคลเพื่อรายงานผู้เกี่ยวข้องทราบตามระเบียบต่อไป
๓. สัญญาเป็นอันเลิกกันเมื่อถึงวันที่ผู้ยื่นคำขอระบุไว้

ฝ่ายทรัพยากรบุคคลได้ตรวจสอบแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าฝ่าย

(.....)

คณะกรรมการประจำคณะรับทราบ

ในการประชุม ครั้งที่/.....

เมื่อวันที่

และให้ระงับการจ่ายเงินตั้งแต่วันที่

.....เป็นต้นไป



**สัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษ
สำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัว**

สัญญาฉบับนี้ทำที่คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล เมื่อวันที่.....
เพื่อเป็นหลักฐานแสดงว่า นาย/นาง/นางสาว.....อายุ.....ปี
ตำแหน่ง แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร ระดับ.....เงินเดือน.....บาท
ปฏิบัติงานที่ภาควิชา/ฝ่าย.....คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ออยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....
ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....
โทรศัพท์.....บิดา.....มารดา.....
สามี/ภรรยา.....ซึ่งต่อไปในสัญญานี้จะเรียกว่า “ผู้ให้สัญญา” ได้รับอนุมัติให้มีสิทธิ
ได้รับเงินเพิ่มพิเศษเป็นเงินเดือนละ.....บาท (.....) นับตั้งแต่
เดือน.....พ.ศ. เป็นต้นไป ได้ตกลงทำสัญญากับมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ โดยคนบดี
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล ผู้มีอำนาจลงนามตามระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และอัตราการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงาน
ในมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๕๙ ซึ่งต่อไป
ในสัญญานี้จะเรียกว่า “ผู้รับสัญญา” โดยมีข้อความ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ผู้ให้สัญญาได้ทราบ เข้าใจ และยอมผูกพันตามหลักเกณฑ์การจ่ายเงินเพิ่มพิเศษสำหรับ
แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ที่ปฏิบัติงานในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล โดยไม่ทำเวชปฏิบัติส่วนตัว
และหรือปฏิบัติงานโรงพยาบาลเอกชน ตามที่กำหนดไว้ในระเบียบมหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์
วิธีการ และอัตราการจ่ายค่าตอบแทนเป็นเงินเพิ่มพิเศษสำหรับแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกรที่ปฏิบัติงานใน
มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ที่ไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวหรือในสถานพยาบาลเอกชน พ.ศ. ๒๕๕๙ รวมทั้ง
ระเบียบกฎเกณฑ์ที่ผู้รับสัญญาใช้บังคับเพิ่มเติม หรือปรับปรุงแก้ไขในภายหลัง

ข้อ ๒ ในระหว่างที่สัญญามีผลบังคับใช้และผู้ให้สัญญาจะได้รับเงินเพิ่มพิเศษหรือไม่ ก็ตาม
ผู้ให้สัญญาจะไม่ปฏิบัติเวชปฏิบัติส่วนตัวและหรือปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเอกชน ไม่ว่าจะเป็นการตรวจรักษา
การรับปรึกษา การแปลผล การวินิจฉัย การให้บริการทันตกรรม การจ่ายยา การผลิตยา หรือการให้บริการทาง
การแพทย์และการสาธารณสุขใด ๆ ที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน

ข้อ ๓ ผู้ให้สัญญาจะไม่ประพฤติผิดจรรยาบรรณแห่งวิชาชีพจนถูกลงโทษให้พักใช้หรือเพิกถอน
ใบอนุญาตประกอบวิชาชีพหรือใบอนุญาตประกอบโรคศิลปะ ตลอดระยะเวลาที่ผู้ให้สัญญามีข้อผูกพันตามสัญญานี้

ข้อ ๔ ผู้ให้สัญญาจะต้องเป็นผู้ที่ไม่อยู่ในระหว่างการลาศึกษา การลาฝึกอบรมหรือดูงาน หรือ
การลาประเภทอื่นตามความประสงค์ของตน ซึ่งการลาดังกล่าวทำให้เหลือวันปฏิบัติงานให้บริการน้อยกว่า
๑๕ วันทำการในเดือนนั้น เว้นแต่การลาอุปสมบท การลาไปประกอบพิธีอัยย์ หรือการลาคลอดบุตร

กรณีตามวรรคหนึ่งหากมีวันปฏิบัติงานด้านนั้น ๆ ถึง ๑๕ วันทำการ ให้ได้รับเงินเพิ่มพิเศษ
เต็มจำนวน

/ ข้อ ๕ ถ้าผู้ให้

ข้อ ๕ ถ้าผู้ให้สัญญาไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติฝ่าฝืนสัญญานี้ ผู้ให้สัญญาจะไม่มีสิทธิรับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนนั้นทั้งเดือน

กรณีที่ผู้ให้สัญญาถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ หรือใบประกอบโรคศิลปะ ให้หมดสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษในเดือนที่ถูกพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาตแล้วแต่กรณี

ข้อ ๖ หากผู้ให้สัญญาประสงค์จะเลิกสัญญานี้ ให้ยื่นคำขอยกเลิกสัญญาการรับเงินเพิ่มพิเศษตามแบบท้ายระเบียบนี้ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล โดยให้ระบุวันที่ประสงค์จะเลิกสัญญาให้ชัดเจน ทั้งนี้ การขอรับเงินเพิ่มพิเศษเป็นครั้งคราวในระหว่างที่สัญญามีผลบังคับใช้จะกระทำมิได้

การบอกเลิกสัญญาตามวรรคหนึ่ง ผู้ให้สัญญาจะต้องยื่นหนังสือล่วงหน้าก่อนถึงวันที่ประสงค์จะเลิกสัญญาไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน และเมื่อถึงวันเลิกสัญญาตามที่ผู้ให้สัญญาระบุ ให้สัญญานี้เป็นอันสิ้นสุด

ข้อ ๗ ถ้าผู้ให้สัญญาได้รับเงินเพิ่มพิเศษแล้ว ปรากฏว่าประพฤติดังสัญญานี้ในข้อหนึ่งข้อใด ผู้ให้สัญญาจะต้องคืนเงินเพิ่มพิเศษให้แก่ผู้รับสัญญาตามที่ได้รับ รวมทั้งต้องจ่ายเงินเป็นเบี้ยปรับให้แก่ผู้รับสัญญาอีกสองเท่าของเงินที่ผู้ให้สัญญาจะต้องชดใช้คืน พร้อมดอกเบี้ยร้อยละ ๑๕ ต่อปีของเงินที่ได้รับทั้งหมด นับแต่วันที่ผิดสัญญา

เพื่อประโยชน์ในการคำนวณค่าปรับตามวรรคหนึ่ง เมื่อผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญาแล้ว แต่ไม่รับเงินนั้นด้วยเหตุใดๆ ให้ถือว่าผู้ให้สัญญาได้รับเงินเพิ่มพิเศษนั้นแล้วตั้งแต่วันที่มิสิทธิ

ข้อ ๘ ผู้ให้สัญญาจะต้องนำเงินไปชำระแก่ผู้รับสัญญา ณ ที่ทำการของผู้รับสัญญาภายใน ๗ วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งให้ทราบถึงยอดเงินที่ต้องชำระ และผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญาหรือหักเอาเงินบำเหน็จบำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ผู้ให้สัญญามีสิทธิได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงาน เพื่อชดใช้เงินที่ผู้ให้สัญญาต้องรับผิดชอบตามสัญญานี้ รวมทั้งยอมให้บังคับเอาจากทรัพย์สินอื่น ๆ ของผู้ให้สัญญาได้อีก หากผู้ให้สัญญามีได้ชำระภายในกำหนดหรือชำระไม่ครบถ้วน ทั้งนี้จะโดยความยินยอมของผู้ให้สัญญาหรือไม่ก็ตาม และผู้ให้สัญญายอมให้คิดดอกเบี้ยร้อยละ ๗.๕ ต่อปี ของเงินที่ยังไม่ได้ชำระอีกด้วย

ข้อ ๙ ผู้รับสัญญาสงวนไว้ซึ่งสิทธิที่จะจ่ายหรืองดจ่ายเงินเพิ่มพิเศษตามสัญญานี้ได้โดยไม่ต้องเลิกสัญญานี้ หากผู้ให้สัญญาประพฤติดังสัญญานี้

ข้อ ๑๐ ผู้ให้สัญญายอมให้ผู้รับสัญญาฟ้องร้องบังคับชำระหนี้ตามสัญญานี้ได้ทันที โดยมีต้องบอกกล่าวก่อน

สัญญานี้ทำขึ้นสองฉบับมีข้อความถูกต้องตรงกัน ผู้ให้สัญญาและผู้รับสัญญาได้อ่านและเข้าใจข้อความในสัญญานี้โดยตลอดแล้ว เห็นว่าถูกต้องตรงตามความประสงค์ทุกประการแล้ว จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน และต่างถือไว้ฝ่ายละหนึ่งฉบับ

ลงชื่อ..... ผู้ให้สัญญา
(.....)

ลงชื่อ..... ผู้รับสัญญา
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)