

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ชั้นปีที่ 3 และปีที่ 4 กรณีออกฝึกปฏิบัติงาน
ต่างจังหวัด นิสิตจะได้เงินสนับสนุนค่าเช่าที่พัก 1,000 บาท/คน/เทอม ซึ่งนิสิตต้องนำเอกสารมาเบิกจ่าย เพื่อคณะ
จะได้ทำเรื่องเบิกจ่ายเงินให้แก่ นิสิต โดยมีเอกสารดังต่อไปนี้

1. ใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก (นิสิตเซ็นรับรองว่าจ่ายจริง)
2. ใบแจ้งรายการเข้าพัก (GUEST FOLIO) กรณีพักสองคนขึ้นไป
3. แบบรายงานการเดินทางไปราชการ (แบบ 8708)
4. หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (กรณีพักสองคนขึ้นไป)
5. สำเนาบัตรประชาชนนิสิต พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ชื่อนิสิตผู้ที่จะรับเงิน)
6. สำเนาหน้าสมุดบัญชี พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง (ชื่อนิสิตผู้ที่จะรับเงิน) บัญชีต้องมีการเคลื่อนไหวตลอด

ทั้งนี้ผู้เซ็นรับรองว่าจ่ายจริง สำเนาบัตรประชาชน สำเนาสมุดบัญชี ต้องเป็นนิสิตคนเดียวกันทั้งคู่

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก (กรณีพักคนเดียว)

1 เลขที่ 21758

บริษัท เองสิริโรจ เอสเททส์ จำกัด (จำกัดมหาชน)
95/59 ถนนหลานาดี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
TEL. (043) 227 999
TAX ID : 0405559003758

2 โรงแรม นาดี 10 ขอนแก่น
95/59 ถนนหลานาดี ต.หลานาดี 10
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

3 ใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี
RECEIPT / TAX INVOICE

4 RECEIVED FROM: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม TAX ID: 0994000401183
ADDRESS: ตำบลหนองเรือ อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม 44150

5 IN PAYMENT OF: ค่าห้องพักจำนวน 1 ห้อง

6 AMOUNT IN THAI BAH: จำนวนเงินบาท (ตัวอักษร) หนึ่งพันหนึ่งร้อยบาทถ้วน

By Cash: โดยเงินสด
By Cheque: โดยเช็คธนาคาร
 By Credit Card: โดยบัตรเครดิต

7 HENGSIROJ ESTATES CO., LTD
RECEIVED BY / ผู้รับเงิน

AMOUNT (EXCLUSIVE OF TAX) จำนวนเงินบาท (ไม่รวมภาษี)	1,028.03
VAT 7% จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%	71.97
NON VAT จำนวนเงินไม่รวมภาษี	
TOTAL AMOUNT จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น	1,100.00

1. ระบุว่า เป็น ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี พร้อมระบุเลขที่/เล่มที่
2. ระบุ ชื่อ และที่อยู่ ของผู้รับ
3. ระบุวันที่ได้รับเงิน
4. ระบุ ชื่อและที่อยู่ ผู้จ่ายเงิน ชื่อ-นามสกุล นิสิต ตามด้วยที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000401183
5. รายการระบุว่า ชำระค่าห้องพัก จำนวน.....ห้อง เข้าพัก ว/ด/ป ถึง ว/ด/ป
6. จำนวนเงินค่าห้องพักเป็นตัวเลขและตัวอักษร
7. ลายมือชื่อผู้รับเงิน พร้อมประทับตรา (ถ้ามี)

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินค่าที่พัก (กรณีพักสองคนขึ้นไป)

เลขที่ 21758

บริษัท เอ็นดีโอรัน โฮเทลส์ จำกัด (สำนักงานใหญ่)
95/59 ถนนลำปาง ต.ในเมือง
อำเภอเมือง จ.ขอนแก่น 40000
TEL. (043) 227 999
TAX ID : 0405559003758

ใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี
RECEIPT / TAX INVOICE

โรงแรม นาดี 10 ขอนแก่น
95/59 ถนนลำปาง ต.ในเมือง 10
ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000

Nadee 10 Resort & Hotel
95/59 Lao Na Di Rd., Soi 10,
Naimueang Sub-District, Mueng District,
Khon Kaen, 40000

DATE: 14/08/2566

4 RECEIVED FROM: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม TAX ID: 0994000401183
ได้รับเงินจาก
ADDRESS: กำแพงมณีเรียง ตำบลกู่กาสิงห์ อ.เมือง จ.มหาสารคาม 44150

5 IN PAYMENT OF: ค่าห้องพักจำนวน 1 ห้อง วันที่ 12-13/08/2566, ค่าอาหารเช้าจำนวน 2 ห้อง วันที่ 12/08/2566-
ชำระ
14/08/2566, ค่าอาหารเช้าจำนวน 2 ห้อง วันที่ 13-14/08/2566

6 AMOUNT IN THAI BAH: หนึ่งหมื่นสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน

By Cash: โดยเงินสด
 By Cheque: โดยเช็คธนาคาร
 By Credit Card: โดยบัตรเครดิต

เลขที่ 30501

6 AMOUNT (EXCLUSIVE OF TAX) จำนวนเงินบาท (ไม่รวมภาษี) 9,672.90
VAT 7% จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7% 677.10
NON VAT จำนวนเงินไม่รวมภาษี -
TOTAL AMOUNT จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 10,350.-

7 HENGSIROJ ESTATES CO., LTD RECEIVED BY / ผู้รับเงิน

1. ระบุว่า เป็น ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี พร้อมระบุเลขที่/เล่มที่
2. ระบุ ชื่อ และที่อยู่ ของผู้รับ
3. ระบุวันที่ได้รับเงิน
4. ระบุ ชื่อและที่อยู่ ผู้จ่ายเงิน เป็น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000401183
5. รายการระบุว่า ชำระค่าห้องพัก จำนวน.....ห้อง เข้าพัก ว/ด/ป ถึง ว/ด/ป
6. จำนวนเงินค่าห้องพักเป็นตัวเลขและตัวอักษร
7. ลายมือชื่อผู้รับเงิน พร้อมประทับตรา (ถ้ามี)

ตัวอย่าง Folio หรือใบแจ้งรายการเข้าพัก



2 โรงแรม นาดี้ 10 รีสอร์ท ขอนแก่น

เลขที่ 95/59 ซอยเหล่าญาติ 10 ถนนเหล่าญาติ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-227999 โทรสาร 043-227999

1 FOLIO

3 ชื่อ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ที่อยู่ ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม 44150

Tax ID 0994000401183

ลำดับที่	5 ชื่อ - สกุล	หมายเลขห้อง	วันเข้าพัก	วันคืนห้อง	จำนวนคืน	ราคา	รวม
1		217	12/08/2566	13/08/2566	1	1,150	1,150
2							
3		218	12/08/2566	14/08/2566	2	1,150	2,300
4							
5		215	12/08/2566	14/08/2566	2	1,150	2,300
6							
7		213	12/08/2566	14/08/2566	2	1,150	2,300
8							
9		201	13/08/2566	14/08/2566	1	1,150	1,150
10		203	13/08/2566	14/08/2566	1	1,150	1,150

6

Vatable	9,672.90
Vat 7 %	677.10
Total Amount (Baht)	10,350

7 หนึ่งหมื่นสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน



8 HENGSIROJ
ESTATES CO., LTD.
Cashier's Signature

รายละเอียด Folio หรือใบแจ้งรายการเข้าพัก

1. ระบุว่าเป็น Folio
2. ระบุ ชื่อ และที่อยู่ ของผู้รับ
3. ระบุ ชื่อและที่อยู่ ผู้จ่ายเงิน เป็น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ต.ขามเรียง อ.กันทรวิชัย จ.มหาสารคาม เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000401183
4. ระบุวันที่เข้าพักและวันที่ออก
5. ระบุชื่อ-นาม สกุลนิสิต (ตัวอักษรถูกต้อง)
6. ระบุหมายเลขห้อง
7. จำนวนเงินเป็นตัวเลขและตัวอักษร
8. ลายมือชื่อผู้รับเงิน พร้อมประทับตรา (ถ้ามี)

หมายเหตุ ถ้ากรณีที่พักไม่มีเอกสาร Folio หรือใบแจ้งรายการเข้าพัก ทางคณะได้ทำแบบฟอร์มให้กับนิสิตตามเอกสารที่แนบมาท้ายนี้

