ถูกต้อง รวดเร็ว มีประสิทธิภาพ

หลักฐานการจ่ายค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัด มหาสารคาม ประจำเดือน .....พ.ศ.....

เบิกตามฎีกา/ใบเบิกที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานฯ													รวมเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงิน	วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
																	วันปกติ	วันหยุด	ชม.				
รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)																							

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

ลงชื่อ.....(หัวหน้าควบคุม)

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....(ผู้จ่ายเงิน)

(.....)

วันที่.....

F-FF-05-01-024

แก้ไขครั้งที่ 00 เริ่มใช้วันที่ 22 ม.ค. 56