**จ่ายหนี้วันที่.............................................................**

**สัญญายืมเงินเลขที่.................................................................... วันที่............................................... ส่วนที่ 1**

**ชื่อผู้ยืม...................................................................................... จำนวนเงิน..............................บาท แบบ 8708**

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**....

 วันที่......**16 กันยายน 2559**.........

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 **โรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกที่  **จบ0032.301/ 1682** ลงวันที่ **27 มิถุนายน 2559** ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า **นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  และ **นายสันทิส กิจปรีชา** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  สังกัด **กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาว** เดินทางไปราชการ **ประชุมเรื่อง “ระบบยา”ครั้งที่ 1/ 2559** ในวันที่ **7-9 กันยายน 2559**  ณ **โรงแรมวินเซอร์สวีทส์ สุขุมวิท 20 กรุงเทพฯ**

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **6 กันยายน 2559** เวลา 6.00 น.

และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่ **9 กันยายน** **2559** เวลา 21.30 น.

รวมเวลาไปราชการ 3 วัน 15.5 ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. 240 x 1 วัน 160 x 3 วัน จำนวน 2 คน รวม 1,440 บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท พัก 2 คน/ห้อง จำนวน 3 วัน 800 บาท/คน/คืน รวม 4,800 บาท

ค่าพาหนะ 540 ก.ม. X 4บาท/ก.ม. รวม 2,160 บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น ค่าลงทะเบียน 3,000 บาท x 2 คน รวม 6,000 บาท

 รวมทั้งสิ้น **14,400** บาท (**หนึ่งหมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน**)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **4** ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

 ลงชื่อ..........................................................................ผู้รับเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )

 เภสัชกรชำนาญการ

จ่ายเงินสด/เช็ค เลขที่...................................................ธนาคาร.........................................ออมทรัพย์เลขที่..............................................

จำนวนเงินตามเช็ค.............................................................................................................................................................................บาท

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

|  |  |
| --- | --- |
| ได้รับตรวจหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ.......................................................................... (......................................................................................)ตำแหน่ง.........................................................................วันที่.............................................................................. | อนุมัติจ่ายได้ลงชื่อ.......................................................................... (......................................................................................)ตำแหน่ง.........................................................................วันที่.............................................................................. |

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน  **14,400** บาท (**หนึ่งหมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน**) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ...........................................................ผู้รับเงิน ลงชื่อ...........................................................ผู้จ่ายเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ) (……………………………………………………….)

 เภสัชกรชำนาญการ ตำแหน่ง...........................................................

วันที่................................................................. วันที่.................................................................

จากเงินยืมสัญญาเลขที่.......................................................................... วันที่.................................................................

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

หมายเหตุ.........................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

คำชี้แจง

1.กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นไว้ในช่องหมายเหตุ

2.กรณีขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย

3.กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิ์แต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

**(ใช้เฉพาะไปราชการเป็นหมู่คณะ ไปราชการรายบุคคลไม่ต้องใช้แผ่นนี้)**

**หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

**ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัด จันทบุรี**

**ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของ โรงพยาบาลสอยดาว ลงวันที่ 29 มิถุนายน 2559**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำ****ดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **ตำแหน่ง** | **ค่าใช้จ่าย** | **รวม** | **ลายมือชื่อ****ผู้รับเงิน** | **ว/ด/ป** **ที่รับเงิน** | **หมายเหตุ** |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าลงทะเบียน |
| **1** | **นางสาวมรกต**  **ฤกษ์รัตนวารี** | **เภสัชกรชำนาญการ** | **720** | **2,400** | **0** | **3,000** | **6,120** |  |  | จำนวน 3 วัน800 บาท/คน/คืน |
| **2** | **นายสันทิส**  **กิจปรีชา** | **เภสัชกรชำนาญการ** | **720** | **2,400** | **2,160** | **3,000** | **8,280** |  |  | จำนวน 3 วัน800 บาท/คน/คืน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **รวมจำนวนเงิน** | **1,440** | **4,800** | **2,160** | **6,000** | **14,400** |  |  |  |

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) **หนึ่งหมื่นสี่พันสี่ร้อยบาทถ้วน**  ลงชื่อ.......................................................ผู้จ่ายเงิน

 (................................................................)

คำชี้แจง 1.ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ของเบิกแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ ตำแหน่ง....................................................

 2.ให้ผู้มีสิทธิ์แต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อรับเงินและ ว/ด/ป ผู้รับเงิน กรณีเป็นการรับเงินจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงิน วันที่..........................................................

 3.ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| 6 ก.ย. 599 ก.ย. 59 | เงินชดเชยการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ในการเดินทางไปราชการ จาก รพ.สอยดาว ถึง โรงแรมวินเซอร์สวีทส์ สุขุมวิท 20 กรุงเทพฯ รวม ไป-กลับ จำนวน ๕๔๐ ก.ม. x ๔ บาท/ก.ม. | 2,160 |  - |  |
|  | **รวม** | 2,160 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) สองพันหนึ่งร้อยหกสิบบาทถ้วน**

**ข้าพเจ้า นายสันทิส กิจปรีชา ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี**

**ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้**

**ลงชื่อ..........................................................................**

 **(นายสันทิส กิจปรีชา)**

 **เภสัชกรชำนาญการ**

**วันที่............................................................................**

**จ่ายหนี้วันที่.............................................................**

**สัญญายืมเงินเลขที่.................................................................... วันที่............................................... ส่วนที่ 1**

**ชื่อผู้ยืม...................................................................................... จำนวนเงิน..............................บาท แบบ 8708**

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**....

 วันที่......**3 สิงหาคม 2559**.........

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกที่  **จบ0032.301/ 4584** ลงวันที่ **29 กรกฎาคม 2559** ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า **นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  สังกัด **กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาว**

เดินทางไปราชการ **ประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่องการพัฒนาสู่โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล พ.ศ. 2559** ในวันที่ **1-2 สิงหาคม 2559**  ณ **โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ถ.แจ้งวัฒนะ กรุงเทพฯ**

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **31 กรกฎาคม 2559** เวลา 7.00 น.

และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่  **2 สิงหาคม 2559** เวลา 19.30 น.

รวมเวลาไปราชการ 2 วัน 12.5 ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. 240 x 2วัน 160 x 1 วัน รวม 640 บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท พัก 3 คน/ห้อง จำนวน 2 วัน รวม 1,600 บาท

ค่าพาหนะ รวม 1,280 บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น รวม - บาท

 รวมทั้งสิ้น **3,520** บาท (**สามพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน**)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **2** ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

 ลงชื่อ..........................................................................ผู้รับเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )

 เภสัชกรชำนาญการ

จ่ายเงินสด/เช็ค เลขที่...................................................ธนาคาร.........................................ออมทรัพย์เลขที่..............................................

จำนวนเงินตามเช็ค.............................................................................................................................................................................บาท

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

|  |  |
| --- | --- |
| ได้รับตรวจหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ.......................................................................... (......................................................................................)ตำแหน่ง.........................................................................วันที่.............................................................................. | อนุมัติจ่ายได้ลงชื่อ.......................................................................... (......................................................................................)ตำแหน่ง.........................................................................วันที่.............................................................................. |

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน  **3,520** บาท (**สามพันห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน**) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ...........................................................ผู้รับเงิน ลงชื่อ...........................................................ผู้จ่ายเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ) (……………………………………………………….)

 เภสัชกรชำนาญการ ตำแหน่ง...........................................................

วันที่................................................................. วันที่.................................................................

จากเงินยืมสัญญาเลขที่.......................................................................... วันที่.................................................................

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

หมายเหตุ.........................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

คำชี้แจง

1.กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นไว้ในช่องหมายเหตุ

2.กรณีขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย

3.กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิ์แต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| 31 ก.ค. 592 ส.ค. 59 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากท่ารถปะตง ถึงสำนักงาน | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 31 ก.ค. 592 ส.ค. 59 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ สายสอยดาว-อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ จากท่ารถปะตง ถึง อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ | 520 |  - | ไป - กลับ |
| 31 ก.ค. 592 ส.ค. 59 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทางปรับอากาศ จาก อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ถึง โรงแรมเซ็นทราศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ ขาไป 310 บาท ขากลับ 390 บาท | 700 | - |  |
|  | **รวม** | 1,280 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) หนึ่งพันสองร้อยแปดสิบบาทถ้วน**

**ข้าพเจ้า นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้**

**ลงชื่อ..........................................................................**

 **( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )**

 **เภสัชกรชำนาญการ**

**วันที่............................................................................**

 **จ่ายหนี้วันที่.............................................................**

**สัญญายืมเงินเลขที่.................................................................... วันที่............................................... ส่วนที่ 1**

**ชื่อผู้ยืม...................................................................................... จำนวนเงิน..............................บาท แบบ 8708**

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**....

 วันที่................................................

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกที่  **จบ0032.301/ 1682** ลงวันที่ **27 มิถุนายน 2559** ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า **นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  และ **นายสันทิส กิจปรีชา** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  สังกัด **กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาว** เดินทางไปราชการ

1. ประชุมวางแผนตรวจสอบภายใน ในวันที่ 27 ตุลาคม 2558 ณ ห้องประชุม 2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 27 ตุลาคม 2558 เวลา 7.00 น. และกลับถึง

O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่ 27 ตุลาคม 2558 เวลา 17.50 น. รวมเวลาไปราชการ - วัน 10 ชั่วโมง

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. โป่งน้ำร้อน ในวันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 เวลา 8.00 น. และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่ 10 พฤศจิกายน 2558 เวลา 17.30 น.รวมเวลาไปราชการ - วัน 9.5 ชั่วโมง

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. มะขาม ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2558 โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 12 พฤศจิกายน 2558 เวลา 7.00 น. และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่ 12 พฤศจิกายน 2558 เวลา 18.30 น. รวมเวลาไปราชการ - วัน 11.5 ชั่วโมง

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. แก่งหางแมว ในวันที่ 9 ธันวาคม 2558 โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 9 ธันวาคม 2558 เวลา 7.00 น. และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่ 9 ธันวาคม 2558 เวลา 18.30 น. รวมเวลาไปราชการ - วัน 11.5 ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. รวม..................บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท................................................. จำนวน..............วัน รวม...................บาท

ค่าพาหนะ รวม……680…….บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น รวม...................บาท

 รวมทั้งสิ้น 680 บาท ( หกร้อยแปดสิบบาทถ้วน )

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **1** ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

 ลงชื่อ..........................................................................ผู้รับเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )

 เภสัชกรชำนาญการ

จ่ายเงินสด/เช็ค เลขที่...................................................ธนาคาร.........................................ออมทรัพย์เลขที่..............................................

จำนวนเงินตามเช็ค.............................................................................................................................................................................บาท

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

|  |  |
| --- | --- |
| ได้รับตรวจหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้ลงชื่อ............................................................................................. (...........................................................................................)ตำแหน่ง.......................................................................................วันที่............................................................................................ | อนุมัติจ่ายได้ลงชื่อ............................................................................................. (...........................................................................................)ตำแหน่ง.......................................................................................วันที่............................................................................................ |

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน **680**  บาท ( **หกร้อยแปดสิบบาทถ้วน** ) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ................................................................ผู้รับเงิน ลงชื่อ................................................................ผู้จ่ายเงิน

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ) (……………………………………………………….)

 เภสัชกรชำนาญการ ตำแหน่ง...........................................................

วันที่................................................................. วันที่.................................................................

จากเงินยืมสัญญาเลขที่.......................................................................... วันที่.................................................................

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

หมายเหตุ...................................................................................................................................................................................................

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

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

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

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

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

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

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

คำชี้แจง

1. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นไว้ในช่องหมายเหตุ
2. กรณีขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
3. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิ์แต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| 27 ต.ค. 58 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากท่ารถปะตง ถึงสำนักงาน | 30 |  - | ขาไป ไปรถ refer |
| 27 ต.ค. 58 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จากขนส่งจังหวัดจันทบุรี ถึง ท่ารถปะตง | 60 |  - | ขาไป ไปรถ refer |
| 27 ต.ค. 58 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทาง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ถึง ขนส่งจังหวัดจันทบุรี | 50 | - | ขาไป ไปรถ refer |
| 10 พ.ย.58 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากท่ารถปะตง ถึงสำนักงาน | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 10 พ.ย.58 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จากท่ารถปะตง ถึง รพ.โป่งน้ำร้อน | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 12 พ.ย.58 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากท่ารถปะตง ถึงสำนักงาน | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 12 พ.ย.58 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จากขนส่งจังหวัดจันทบุรี ถึง ท่ารถปะตง | 120 |  | ไป - กลับ |
| 12 พ.ย.58 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทาง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ถึง ขนส่งจังหวัดจันทบุรี | 100 |  | ไป - กลับ |
| 9 ธ.ค. 58 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากท่ารถปะตง ถึงสำนักงาน | 30 |  - | ขาไป ไปรถ รพ. |
| 9 ธ.ค. 58 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จากขนส่งจังหวัดจันทบุรี ถึง ท่ารถปะตง | 60 |  - | ขาไป ไปรถ รพ. |
| 9 ธ.ค. 58 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทาง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ถึง ขนส่งจังหวัดจันทบุรี | 50 | - | ขาไป ไปรถ รพ. |
|  | **รวม** | 680 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) หกร้อยแปดสิบบาทถ้วน**

**ข้าพเจ้า นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้**

**ลงชื่อ..........................................................................**

 **( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )**

 **เภสัชกรชำนาญการ**

**วันที่............................................................................**