หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลจอมพระ อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว/ด/ป ที่รับเงิน
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	วันปกติ	วันหยุด	รวมวัน			
			รวมเป็นเงิน																																				

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าผู้ที่รับค่าตอบแทนได้ขึ้นปฏิบัติงานจริงและขอรับรองว่าได้ตรวจสอบเอกสารหลักฐานการจ่ายเงินครบถ้วนถูกต้องแล้ว

(ลงชื่อ).....หัวหน้าผู้ควบคุม/ผู้เบิก
( )
ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ).....ผู้อนุมัติจ่ายเงิน
(นายอรรถพล ภูอาษา)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจอมพระ

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(นางสาวกีรติ ทิพยมงคลกุล)
เจ้าพนักงานการเงินและบัญชี