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

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

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

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**.... วันที่......**28 สิงหาคม 2560**.........

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกโรงพยาบาลสอยดาวที่  **จบ0032.301/ 4964** ลงวันที่ **13 กรกฎาคม 2560** ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า**นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการพิเศษ และ **นางสาวทับทิม เทียมจันทร์** ตำแหน่ง **เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน** สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาวเดินทางไปราชการ **อบรมโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หลักสูตรการป้องกันความเสี่ยงการจัดซื้อจัดจ้างและการรับผิดทางละเมิดในการปฏิบัติงาน** ในวันที่ **25 – 26 สิงหาคม 2560** ณ **โรงแรมรอยัล ริเวอร์ บางพลัด กรุงเทพมหานคร**

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **24 สิงหาคม 2560** เวลา 13.00 น.

และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่ **26 สิงหาคม 2560** เวลา 22.00 น.

รวมเวลาไปราชการ 2 วัน 9 ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. 160 x 2วัน จำนวน 2คน รวม 640 บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท พักคู่จำนวน 1 ห้อง 2วัน 600บาท/คน/คืน x2คน รวม 2,400 บาท

ค่าพาหนะ ชดเชยการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล 554 ก.ม. x 4 ก.ม. รวม 2,216 บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น ค่าลงทะเบียน 3,900 บาท x 2คน รวม 7,800 บาท

รวมทั้งสิ้น **13,056** บาท (**หนึ่งหมื่นสามพันห้าสิบหกบาทถ้วน**)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **5** ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

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

 (**นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี**)

 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

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

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

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

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

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน **13,056** บาท (**หนึ่งหมื่นสามพันห้าสิบหกบาทถ้วน**)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

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

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

 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 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 28 สิงหาคม 2560**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำ****ดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **ตำแหน่ง** | **ค่าใช้จ่าย** | **รวม** | **ลายมือชื่อ****ผู้รับเงิน** | **ว/ด/ป** **ที่รับเงิน** | **หมายเหตุ** |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าลงทะเบียน |  |  |
| **1** | **นางสาวมรกต****ฤกษ์รัตนวารี**  | **เภสัชกร****ชำนาญการพิเศษ** | **320** | **1,200** | **0** | **3,900** |  |  | **5,420** |  |  |  |
| **2** | **นางสาวทับทิม** **เทียมจันทร์** | **เจ้าพนักงานเภสัชกรรม****ชำนาญงาน** | **320** | **1,200** | **2,216** | **3,900** |  |  | **7,636** |  |  |  |
| **รวมจำนวนเงิน** | **640** | **2,400** | **2,216** | **7,800** |  |  | **13,056** |  |  |  |

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

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

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

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

 3.ผู้จ่ายเงินหมายถึงผูที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| 24 ส.ค. 6026 ส.ค. 60 | เงินชดเชยการใช้รถยนต์ส่วนบุคคล ในการเดินทางไปราชการ จาก รพ.สอยดาว ถึง โรงแรมรอยัล ริเวอร์ บางพลัด รวม ไป-กลับ จำนวน 554ก.ม. x 4 บาท/ก.ม. | 2,216 | - |  |
|  | **รวม** | 2,216 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) สองพันสองร้อยสิบหกบาทถ้วน**

ข้าพเจ้า **นางสาวทับทิม เทียมจันทร์** ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

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

(**นางสาวทับทิม เทียมจันทร์**)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรมชำนาญงาน

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

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

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

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

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**....

 วันที่......**1 สิงหาคม 2560**.........

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกที่ จบ0032.301/5821 ลงวันที่ 8 สิงหาคม 2560 ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า **นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการพิเศษ**  สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาวเดินทางไปราชการ ประชุมหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมโรงพยาบาลชุมชน ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ห้องประชุม 1

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่ วันที่ 23 สิงหาคม 2560 เวลา 7.50 น.

และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่ 23 สิงหาคม 2560 เวลา 20.00 น.

รวมเวลาไปราชการ - วัน 12 ชั่วโมง 10 นาที

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท รวม - บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท รวม - บาท

ค่าพาหนะ รวม 140 บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น รวม - บาท

 รวมทั้งสิ้น **140** บาท (**หนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน**)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **1**ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

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

 ( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )

 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ

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

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

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

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

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน **140** บาท (**หนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน**) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

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

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

 เภสัชกรชำนาญการพิเศษ 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** |
| 23 สิงหาคม 2560  | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากโรงพยาบาลสอยดาว ถึงท่ารถปะตง  | 20 | - | กลับ |
| 23 สิงหาคม 2560 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จันทบุรี-กบิลบุรี จากท่ารถปะตง ถึง บขส.จันทบุรี | 60 | - | กลับ |
| 23 สิงหาคม 2560 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทาง จาก บขส.จันทบุรี ถึง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี | 60 | - | กลับ |
|  | **รวม** | 140 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) หนึ่งร้อยสี่สิบบาทถ้วน**

ข้าพเจ้า นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี ตำแหน่ง เภสัชกรชำนาญการ กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

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

 **( นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี )**

 **เภสัชกรชำนาญการพิเศษ**

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

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

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

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

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายเดินทางไปราชการ**

 ที่ทำการ....**โรงพยาบาลสอยดาว**....

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

เรื่อง **ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

เรียน **ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสอยดาว**

 ตามคำสั่ง/บันทึกที่ **จบ0032.301/ 018**ลงวันที่ **5 มกราคม2560**ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า**นางสาวมรกต ฤกษ์รัตนวารี** ตำแหน่ง **เภสัชกรชำนาญการ**  สังกัด **กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาว** เดินทางไปราชการ

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. มะขาม ในวันที่ **5 มกราคม 2560** โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **5 มกราคม 2560** เวลา 7.00 น. และกลับถึง Oบ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่ **5 มกราคม 2560** เวลา 18.30 น. รวมเวลาไปราชการ - วัน 11.5 ชั่วโมง

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. โป่งน้ำร้อน ในวันที่ **10 มกราคม 2560** โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **10 มกราคม 2560** เวลา 8.00 น. และกลับถึง Oบ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่**10 มกราคม 2560** เวลา 17.30 น.รวมเวลาไปราชการ - วัน 9.5 ชั่วโมง

1. เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ตรวจสอบภายใน รพ. ขลุง ในวันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2560 โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก

O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ 7 กุมภาพันธ์ 2560 เวลา7.00 น. และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน

O ประเทศไทย วันที่7 กุมภาพันธ์ 2560 เวลา18.30 น. รวมเวลาไปราชการ - วัน 11.5 ชั่วโมง

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

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

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

ค่าพาหนะ รวม 560 บาท

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

 รวมทั้งสิ้น 560 บาท (ห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน)

 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 **560**  บาท ( **ห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน** ) 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** |
| 5 ม.ค. 60 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากโรงพยาบาลสอยดาว ถึง ท่ารถปะตง  | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 5 ม.ค. 60 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จาก ท่ารถปะตง ถึง โรงพยาบาลมะขาม | 100 |  - | ไป - กลับ |
| 10 ม.ค. 60 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากโรงพยาบาลสอยดาว ถึง ท่ารถปะตง  | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 10 ม.ค. 60 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จาก ท่ารถปะตง ถึง โรงพยาบาลโป่งน้ำร้อน | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 7 ก.พ. 60 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากโรงพยาบาลสอยดาว ถึง ท่ารถปะตง  | 60 |  - | ไป - กลับ |
| 7 ก.พ. 60 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จาก ท่ารถปะตง ถึง ขนส่งจังหวัดจันทบุรี  | 120 |  - | ไป - กลับ |
| 7 ก.พ. 60 | ค่ารถรับจ้างไม่ประจำทาง จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรี ถึงขนส่งจังหวัดจันทบุรี | 100 |  | ไป - กลับ |
|  | **รวม** | 560 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) ห้าร้อยหกสิบบาทถ้วน**

**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/ 2076 ลงวันที่ 30 มีนาคม 2560ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้านางสาวฐิติมา มูลวรรณ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรม และนางสาวชุติมา จันทร์เทศ ตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรม สังกัด กลุ่มงานเภสัชกรรม รพ.สอยดาว เดินทางไปราชการ**ประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ครั้งที่ 26 ประจำปีงบประมาณ 2560** ในวันที่ **2-4 พฤษภาคม 2560** ณ **โรงแรมโฆษะ ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

โดยเดินทางออกจาก O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่ **1 พฤษภาคม 2560** เวลา 7.00น.

และกลับถึง O บ้านพัก O สำนักงาน O ประเทศไทย วันที่ **5 พฤษภาคม 2560** เวลา 18.30 น.

รวมเวลาไปราชการ 3 วัน

 ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ O ข้าพเจ้า O คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าสนับสนุนโครงการประชุมวิชาการเพื่อพัฒนาศักยภาพเจ้าพนักงานเภสัชกรรม ครั้งที่ 26 รวม 6000 บาท

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท ก. 80 x 3วัน จำนวน 2 คน รวม 480 บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท พักคู่ จำนวน 1 ห้อง 3วัน 1300บาท/คน/คืน รวม 3900 บาท

ค่าพาหนะ รวม 1980 บาท

รวมทั้งสิ้น 12360 บาท (**หนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยหกสิบบาทถ้วน**)

 ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วยจำนวน **4**ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

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

 (**นางสาวฐิติมา มูลวรรณ**)

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

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

Pharm data-บันทึกข้อความและอื่นๆ-ใบเบิกค่าเดินทาง

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

 ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน **12360** บาท ( **หนึ่งหมื่อสองพันสามร้อยหกสิบบาทถ้วน** ) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

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

 ( นางสาวฐิติมา มูลวรรณ ) (……………………………………………………….)

เจ้าพนักงานเภสัชกรรม ตำแหน่ง...........................................................

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

คำชี้แจง

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

**หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

**ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว จังหวัด จันทบุรี**

**ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการของ โรงพยาบาลสอยดาว ลงวันที่ 2-4 พ.ค. 2560**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำ****ดับ** | **ชื่อ-สกุล** | **ตำแหน่ง** | **ค่าใช้จ่าย** | **รวม** | **ลายมือชื่อ****ผู้รับเงิน** | **ว/ด/ป** **ที่รับเงิน** | **หมายเหตุ** |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าสมัครอบรม | ค่าอาหารกลางวัน | ค่าอาหารเย็น |
| **1** | **นางสาวฐิติมา มูลวรรณ** | **เจ้าพนักงานเภสัชกรรม** | **240** | **3900** | **990** | **3000** | **-** | **-** | **8130** |  |  |  |
| **2** | **นางสาวชุติมา** **จันทร์เทศ** | **เจ้าพนักงานเภสัชกรรม** | **240** | **-** | **990** | **3000** | **-** | **-** | **4230** |  |  |  |
| **รวมจำนวนเงิน** | **480** | **3900** | **1980** | **6000** | **-** | **-** | **12360** |  |  |  |

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น 12360 บาท (ตัวอักษร) **หนึ่งหมื่นสองพันสามร้อยหกสิบบาทถ้วน** ลงชื่อ.......................................................ผู้จ่ายเงิน

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

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

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

 3.ผู้จ่ายเงินหมายถึงผูที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลสอยดาว**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| 2-4 พ.ค 60 | ค่ารถจักรยานยนตร์รับจ้างไม่ประจำทาง จากโรงพยาบาลสอยดาว ถึง ท่ารถปะตง 2 คน | 120 |  - | ไป - กลับ |
| 2-4 พ.ค 60 | ค่ารถประจำทางปรับอากาศ จาก ท่ารถปะตง ถึง บขส.นครราชสีมา 2 คน | 920 |  - | ไป - กลับ |
| 2-4 พ.ค 60 | ค่ารถตู้ประจำทางปรับอากาศ จาก บขส.นครราชสีมา ถึง บขส.ขอนแก่น 2 คน | 720 |  - | ไป - กลับ |
| 2-4 พ.ค 60 | ค่ารถแท็กซี่รับจ้างไม่ประจำทาง จาก บขส.ขอนแก่น ถึง โรงแรมโฆษะ ขอนแก่น | 220 |  - | ไป - กลับ |
|  | **รวม** | 1980 | - |  |

 **รวมทั้งสิ้น 1980 (ตัวอักษร) หนึ่งพันเก้าร้อยแปดสิบบาทถ้วน**

**ข้าพเจ้า นางสาวฐิติมา มูลวรรณตำแหน่ง เจ้าพนักงานเภสัชกรรม กอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจันทบุรีขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าจ่ายไปในงานของราชการโดยแท้**

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

 **( นางสาวฐิติมา มูลวรรณ )**

**เจ้าพนักงานเภสัชกรรม**

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