สัญญาเงินยืมเลขที่………..................................………………..ลงวันที่………………………………….……………………………………..ส่วนที่ 1)

ชื่อผู้ยืม………………….……………………………………………….……จำนวนเงิน……………………………….……………………บาท แบบ 8708

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

ที่ทำการ รพ.บ้านผือ อ.บ้านผือ จ.อุดรธานี

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

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ

ตามคำสั่ง/บันทึกที่ ………………………………………………………………………………………………………..

ข้าพเจ้า………………………………………………………………………………ตำแหน่ง.............................................................

พร้อม......................................................................................................................................................................

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

สังกัด โรงพยาบาลบ้านผือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

**เดินทางไปปฏิบัติราชการ**.......................................................................................................................................

**ณ**............................................................................................................................................................................ โดยออกเดินทางจาก

บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่...........เดือน.....................พ.ศ............... เวลา..................น.และกลับถึง บ้านพัก สำนักงาน ประเทศไทย วันที่..........เดือน.................พ.ศ............... เวลา..................น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้……………….วัน……………….ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ สำหรับ ข้าพเจ้า คณะ ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท…………………………………………………………………………รวม.................................บาท

ค่าเช่าที่พักประเภท.................................................................................................รวม................................บาท

ค่าพาหนะ...............................................................................................................รวม.................................บาท

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

รวมจำนวนเงิน..................................บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)……………………………………………………………………………..

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน...................ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ ผู้ขอรับเงิน

(………………………………………………. )

ตำแหน่ง.....................................................

-2 -

---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว อนุมัติให้จ่ายได้

เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้

ลงชื่อ ลงชื่อ

(.........................................................) **( นายทวีรัชต์ ศรีกุลวงศ์)**

ตำแหน่ง ........................................................... ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านผือ

วันที่ วันที่

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน……………………………………………………………..บาท (………………………………………………………………………………………………) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

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

(………………………………….) ( นางสุธารส ไชยมงคล)

ตำแหน่ง…………………………………………….. ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

วันที่………………………………………………….. วันที่……………………..………………………….

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่…………………………………วันที่……………………………………………………..

หมายเหตุ……………………………………………………………………….………..……………………………………………………………………………………

**คำชี้แจง**

1. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุด

การเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกันให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ

2. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน

กรณีที่มีการยืม เงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย

3. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมิต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคน

ลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ **(กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะเท่านั้น)**

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ………………………………………………..………………………ลงวันที่.........................................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ | ตำแหน่ง | ค่าใช้จ่าย | | | | รวม | ลายมือชื่อ  ผู้รับเงิน | วัน เดือน ปี  ที่รับเงิน | หมาย  เหตุ |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าใช้จ่ายอื่น |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมเงิน | | |  |  |  |  |  | ตามสัญญาเงินยืมเลขที่…………………..วันที่……………………………………………… | | |

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..................................................................................................... ลงชื่อ………………………..……ผู้จ่ายเงิน

( นางสุธารส ไชยมงคล)

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานการเงินและบัญชีชำนาญงาน

**คำชี้แจง** 1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ

2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากเงินยืม

3. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

#### **ใบหน้างบค่าพาหนะ** กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ส่วนราชการ โรงพยาบาลบ้านผือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| หมวดรายจ่าย | รายละเอียด | จำนวนเงิน (บาท) | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **รวมทั้งสิ้น** |  |  |

**(ตัวอักษร)**

ข้าพเจ้า .........................................................................ตำแหน่ง...................................................................

สังกัดโรงพยาบาลบ้านผือ ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับจ้างได้ และข้าพเจ้า ได้จ่ายเงินไปในงานของทางราชการโดยแท้ ตั้งแต่วันที่.................................................................................ถึงวันที่.............................................................................

(ลงชื่อ)………………………..……………

ตำแหน่ง...........................................