



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง อำเภอสัตหีบ จังหัดชลบุรี โทร ๐-๓๘๓๕-๒๙๗๔-๙

ที่ ขบ ๐๐๓๓.๓๐...../..... วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแหลมฉบัง

ตามที่จังหวัดชลบุรี ได้อนุมัติให้.....

ตำแหน่ง.....เข้าประชุม/อบรม.....

ระหว่างวันที่.....สถานที่.....

.....โดยอนุมัติให้เบิกค่าใช้จ่ายจาก.....

บัดนี้ การประชุม/อบรม ได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายจากโรงพยาบาลแหลมฉบัง
จำนวนเงิน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติต่อไปด้วย

(ลงชื่อ).....

(.....)

ตำแหน่ง.....

สัญญาเงินยืมเลขที่.....วันที่..... (ส่วนที่ 1)
 ชื่อผู้ยืม.....จำนวนเงิน.....บาท

ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง

ตามคำสั่ง/บันทึกที่.....ลงวันที่..... ได้อนุมัติให้

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด โรงพยาบาลแหลมฉบัง พร้อมด้วย.....

.....

.....

เดินทางไปปฏิบัติราชการ.....

.....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 คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท..... จำนวน.....วัน รวม..... บาท

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

ค่าพาหนะ..... รวม..... บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น..... รวม..... บาท

รวมเงินทั้งสิ้น..... บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน.....ฉบับ

รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้	อนุมัติให้จ่ายได้
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....

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

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....
จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่.....	วันที่.....

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

- คำชี้แจง**
1. กรณีเดินทางไปเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
 2. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
 3. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินต้องมีชื่อลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ส่วนที่ 2

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี

แบบ 8708

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวม	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าใช้จ่ายอื่น				
รวมเงิน										

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

คำชี้แจง 1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ของบุคคลในช่องหมายเหตุ
 2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ที่ได้รับจากเงินยืม
 3. ผู้จ่ายเงินหมายถึงผู้ที่ขอเงินจากราชการ และจ่ายยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

หน้าใบสำคัญค่าขนพาหนะ

ประกอบการรายงานการเดินทางของ.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.

หมวดรายจ่าย	รายละเอียด	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
ค่าพาหนะ	ค่าพาหนะเดินทางภายในประเทศ			
	ระหว่างวันที่			
	เป็นเงินทั้งสิ้น			
	รวม			

(ลงชื่อ).....

(..... ..)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ โรงพยาบาลแหลมฉบัง

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
	รวมเงินทั้งสิ้น			

รวมทั้งสิ้น(ตัวอักษร).....
 ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

กองสาธารณสุขภูมิภาค ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปน
 งานของทางราชการ โดยแท้

(ลงชื่อ).....
 (.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แบบสรุปผลการเข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา

๑. ชื่อการอบรม/ประชุม/สัมมนา.....
หลักสูตรที่เข้าประชุม/อบรม/สัมมนา.....
 ในแผนการประชุม/อบรม/สัมมนา ระยะสั้นที่ได้รับการอนุมัติ ลำดับที่.....ประจำเดือน.....
 ในแผนการประชุม/อบรม/สัมมนา ระยะสั้นที่ได้รับการอนุมัติ ลำดับที่.....ประจำเดือน.....
ระยะเวลาระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....เป็นเวลา.....วัน
๒. สถานที่อบรม/ประชุม/สัมมนา.....
๓. วัน เดือน ปี ที่อบรม/ประชุม/สัมมนา.....
๔. ชื่อผู้เข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา.....
ตำแหน่งผู้เข้ารับการอบรม/ประชุม/สัมมนา.....
๕. เบิกค่าใช้จ่ายจากงบประมาณ
- เงินบำรุง เงินผู้จัดการอบรม อื่นๆ ระบุตำแหน่งงบ.....
- ค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการอบรม/ประชุม/สัมมนา.....บาท
- | | |
|-----------------------|------------------------|
| - เบี้ยเลี้ยง.....บาท | - ที่พัก.....บาท |
| - พาหนะ.....บาท | - ค่าลงทะเบียน.....บาท |
| - อื่นๆ ระบุ.....บาท | |

๖. สรุปความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับการอบรม ประชุม สัมมนา

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

๗. การนำเอาความรู้ ประสบการณ์ที่ได้รับการปรับปรุงหรือพัฒนางานในหน้าที่ที่รับผิดชอบ

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้รับการอบรม/ประชุม/สัมมนา

ลงชื่อรับรอง.....

(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้ากลุ่มงาน