

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาทำการ
 สำนักบริการวิชาการ ประจำเดือน พ.ศ.....

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	วันที่ปฏิบัติงาน (จำนวนชั่วโมง)																															รวมเวลา	จำนวน	ลายมือชื่อ	วัน เดือน ปี
		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	ปฏิบัติงาน	เงินรวม	ผู้รับเงิน	ที่รับเงิน
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
																																0	0			
รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) ศูนย์บาทถ้วน																																รวม	0	0		

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาทำการจริง

(ลงชื่อ) ผู้รับรองการปฏิบัติงาน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....

(ลงชื่อ) ผู้จ่ายเงิน
 (.....)
 ตำแหน่ง.....