หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลสงขลา จังหวัดสงขลา ประจำเดือน.....พ.ศ.....

เบิกตามฎีกาที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	เลขที่เงินเดือน	ชื่อ - สกุล	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงิน	วดป. ที่รับเงิน	ลงลายมือชื่อผู้รับ
				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	รวม			

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น.....(ตัวอักษร)

รวมจำนวนเงิน.....บาท

ได้ทำการตรวจสอบถูกต้องแล้ว ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ..... หัวหน้าหน่วยงาน/หัวหน้าหอ/หัวหน้างาน

(.....)

ผู้ตรวจสอบ.....

(.....)

ลงชื่อ..... หัวหน้ากลุ่มงาน/หัวหน้าหอ/หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน