**หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ**

**ชื่อส่วนราชการ...................คณะสาธารณสุขศาสตร์.........................จังหวัด..................ขอนแก่น..................ประจำเดือน..................................พ.ศ. ..........................**

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับที่** | **ชื่อ** | **อัตราเงิน**  **ตอบแทน** | **วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา………………………………น. ถึงเวลา…………………..……………………..น.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **รวมเวลาปฏิบัติงาน** | | | **จำ**  **นวนเงิน** | **วัน เดือน ปีที่**  **รับเงิน** | **ลายมือชื่อ**  **ผู้รับเงิน** | **หมาย**  **เหตุ** |
| **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** | **วัน**  **หยุด** | **ชั่ว**  **โมง** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .............................................................................................................................................**

**ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง**

**ลงชื่อ..........................................................................หัวหน้าผู้ควบคุม ลงชื่อ.............................................................ผู้จ่ายเงิน**