หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

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

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

ลำดับที่	ชื่อ	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ ตั้งแต่เวลา.....น. ถึงเวลา.....น.																															รวมเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงิน	วันเดือนปีที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
			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	ชั่วโมง				

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .....

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

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