ตัวอย่าง

[งน.2]

แบบรายงานการเดินทางต่างจังหวัด

(สำหรับแนบประกอบการขออนุมัติเบิกเงินในกรณีที่เดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ต่างจังหวัด)

โครงการ โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่
เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตท้องถิ่นทุรกันดาร มูลนิธิ พอ.สว.

ข้อตกลงเลขที่ 57-00-1838

กรอกข้อมูลส่วนตัวของท่าน

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____ สังกัด _____
อยู่บ้านเลขที่ _____
ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปปฏิบัติงาน ณ จังหวัด _____ เพื่อ _____
(วัตถุประสงค์ในการเดินทาง)

☐ ร่วมประชุม ☐ ติดต่อประสานงาน ☐ พัฒนาโครงการ ☐ ติดตามโครงการ
☐ ตรวจสอบ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ระหว่างวันที่ _____ ถึง _____ รวมระยะเวลา ___ วัน

กรอกข้อมูลทะเบียนรถ(ถ้ามี)

1. ค่าที่พัก
   - ☐ ตามจริง จำนวนเงิน _____ บาท
   - ☐ เหมาจ่าย (จำนวน ___ วัน ๆ ละ _____ บาท) จำนวนเงิน - บาท
2. ค่าพาหนะเดินทาง
   - ☐ รถยนต์ส่วนบุคคล(ระบุระยะทาง _____ กม.) ไป-กลับ/หมายเลขทะเบียน _____
     จาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท
   - ☐ รถโดยสารจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท
   - ☐ รถไฟจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท
   - ☐ รถแท็กซี่จาก _____ จำนวนเงิน _____ บาท
   - ☐ ค่าตั๋วเครื่องบินจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท
3. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุรายการ) จำนวนเงิน _____ บาท
   - _____ จำนวนเงิน _____ บาท
   - _____ จำนวนเงิน _____ บาท

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น - บาท

(ตัวอักษร) _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานการจ่ายเงินจำนวน ___ ฉบับ (ที่แนบ) และรายงานการเดินทางปฏิบัติงานข้างต้น
เป็นความจริงทุกประการ และจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามระเบียบของ สสส. ทุกประการ

ลงชื่อ _____
ผู้ขอเบิก

ลงชื่อ _____
ผู้จัดการแผนงาน/ผู้รับผิดชอบโครงการ
ผู้อนุมัติ

ลงลายมือชื่อของท่าน

หมายเหตุ

- โปรดแนบเอกสารต้นเรื่องในการไปปฏิบัติงานทุกครั้ง
- ในการเบิกค่าใช้จ่ายตามรายการที่ 1 (กรณีเบิกจ่ายจริง) , 2 และ 3 โปรดแนบใบเสร็จรับเงิน / ใบสำคัญรับเงินทุกครั้ง

ตัวอย่าง

[งน.1]

ใบสำคัญรับเงิน

กรอกข้อมูลส่วนตัวของท่าน

ข้อตกลงเลขที่ 57-00-1838

วันที่ _____

ข้าพเจ้า _____ เลขประจำตัวบัตรประชาชน _____

ที่อยู่ _____

ได้รับเงินจากโครงการ โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตท้องถิ่นทรกันดาร มูลนิธิ พอ.สว. ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	(ตัวอักษร)	

ทางโครงการวิจัยฯ จะกรอกรายละเอียดให้ค่ะ

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน _____

(_____)

ผู้จ่ายเงิน _____

(ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช)

ลงลายมือชื่อของท่าน

[งน.2]

แบบรายงานการเดินทางต่างจังหวัด

(สำหรับแนบประกอบการขออนุมัติเบิกเงินในกรณีที่เดินทางไปปฏิบัติหน้าที่ต่างจังหวัด)

โครงการ โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่
เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตท้องถิ่นทุรกันดาร มูลนิธิ พอ.สว.

ข้อตกลงเลขที่ 57-00-1838

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____ สังกัด _____

อยู่บ้านเลขที่ _____

ได้รับอนุมัติให้เดินทางไปปฏิบัติงาน ณ จังหวัด _____ เพื่อ _____

(วัตถุประสงค์ในการเดินทาง)

☐ ร่วมประชุม ☐ ติดต่อประสานงาน ☐ พัฒนาโครงการ ☐ ติดตามโครงการ

☐ ตรวจสอบ ☐ อื่น ๆ (ระบุ) _____

ระหว่างวันที่ _____ ถึง _____ รวมระยะเวลา _____ วัน

1. ค่าที่พัก

☐ ตามจริง จำนวนเงิน _____ บาท

☐ เหมาจ่าย (จำนวน _____ วัน ๆ ละ _____ บาท) จำนวนเงิน - บาท

2. ค่าพาหนะเดินทาง

☐ รถยนต์ส่วนบุคคล(ระบุระยะทาง _____ กม.) ไป-กลับ/หมายเลขทะเบียน _____

จาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท

☐ รถโดยสารจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท

☐ รถไฟจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท

☐ รถแท็กซี่จาก _____ จำนวนเงิน _____ บาท

☐ ค่าตั๋วเครื่องบินจาก _____ ถึง _____ จำนวนเงิน _____ บาท

3. ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ (ระบุรายการ) จำนวนเงิน _____ บาท

- _____ จำนวนเงิน _____ บาท
- _____ จำนวนเงิน _____ บาท

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น - บาท

(ตัวอักษร) _____

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าหลักฐานการจ่ายเงินจำนวน _____ ฉบับ (ที่แนบ) และรายงานการเดินทางปฏิบัติงานข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ และจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามระเบียบของ สสส . ทุกประการ

ลงชื่อ _____
ผู้ขอเบิก

ลงชื่อ _____
ผู้จัดการแผนงาน/ผู้รับผิดชอบโครงการ
ผู้อนุมัติ

หมายเหตุ

- โปรดแนบเอกสารต้นเรื่องในการไปปฏิบัติงานทุกครั้ง

- ในการเบิกค่าใช้จ่ายตามรายการที่ 1 (กรณีเบิกจ่ายจริง) , 2 และ 3 โปรดแนบใบเสร็จรับเงิน / ใบสำคัญรับเงินทุกครั้ง

[งน.1]

ใบสำคัญรับเงิน

ข้อตกลงเลขที่ 57-00-1838

วันที่ _____

ข้าพเจ้า _____ เลขประจำตัวบัตรประชาชน _____

ที่อยู่ _____

ได้รับเงินจากโครงการ โครงการศึกษาวิจัยและพัฒนารูปแบบการออกหน่วยทันตกรรมเคลื่อนที่เพื่อประชาชนด้อยโอกาสในเขตท้องถิ่นทุรกันดาร มูลนิธิ พอ.สว. ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวนเงิน
	(ตัวอักษร)	

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นได้จ่ายไปในงานโครงการที่ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแท้จริง ทั้งนี้ไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินได้

ผู้รับเงิน _____

(_____)

ผู้จ่ายเงิน _____

(ทพ.ดร.นฤมนัส คอวนิช)