

ใบเบิกเงิน สวัสดิการเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ใบเบิกเลขที่.....

ฝ่าย.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอเบิกเงิน เพื่อใช้จ่ายตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา	ราคาสุทธิ	หมายเหตุ

เป็นเงินบาท

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

(.....)

ความเห็นของกรรมการคัดกรองการรับ-จ่ายเงิน

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

นางเจนจิรา แพงหลวง

ลงชื่อ.....

เห็นชอบ ไม่เห็นชอบ

นางปริญญา เอี่ยมวิจารณ์

ลงชื่อ.....

ความเห็นชอบของผู้บริหารโรงพยาบาล

อนุมัติ

ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ

(นางสาวพรภัทร ธงศิลา)

นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสนาให้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ลงชื่อผู้รับเงิน

ลงชื่อผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

วัน.....เดือน.....ปี

วัน.....เดือน.....ปี

