หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ประจำเดือน .....

ตามชุดอนุมัติที่…0032.301/..... ลงวันที่.....เดือน….....พ.ศ…….....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																																		รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วันเดือนปีที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
				1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15						วันปกติ (วัน)	วันหยุด (วัน)			
				08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00									

ต่อหน้า2

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) ----------

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

(ลงชื่อ).....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

ตำแหน่ง.....

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลเขาคิชฌกูฏ จังหวัดจันทบุรี ประจำเดือน .....

ตามชุดอนุมัติที่…0032.301/..... ลงวันที่.....เดือน….....พ.ศ…….....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																																				รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วันเดือนปีที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
				16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31										
				08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00	08.00-16.00	16.00-24.00			วันปกติ (วัน)	วันหยุด (วัน)			