

สัญญาเงินยืมเลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_ ส่วนที่ 1  
ชื่อผู้ยืม \_\_\_\_\_ จำนวนเงิน \_\_\_\_\_ บาท

แบบ 8708

### ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม  
วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ตามคำสั่ง/บันทึกที่..... ลงวันที่.....

ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

สังกัด โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

พร้อมด้วย.....

เดินทางไปปฏิบัติราชการ ที่.....

ประชุมเรื่อง.....

จาก  บ้านพัก  สำนักงาน ตั้งแต่วันที่..... เวลา..... น.

และกลับถึง  บ้านพัก  สำนักงานวันที่..... เวลา..... น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้..... วัน..... ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางราชการสำหรับ  ข้าพเจ้า  คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางเหมาจ่าย..... รวม..... วัน เป็นเงิน..... บาท

ค่าพาหนะ..... รวม..... วัน เป็นเงิน..... บาท

ค่าเช่าที่พัก..... รวม..... วัน เป็นเงิน..... บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น..... รวม..... วัน เป็นเงิน..... บาท

รวมเงินทั้งสิ้น..... บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย  
จำนวน..... ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ..... ผู้ขอรับเงิน

(.....)

ตำแหน่ง.....

|   |   |
|---|---|
| <p>ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ.....<br/>(นางสาวศิริพร แสงทอง)<br/>ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชีปฏิบัติงาน<br/>วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....</p> | <p>อนุมัติให้จ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ.....<br/>(นายธีระวัฒน์ สิงห์ราช)<br/>นายแพทย์ชำนาญการ รักษาการในตำแหน่ง<br/>ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม<br/>วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....</p> |
|---|---|

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน ..... บาท  
(.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

|  |  |
|--|--|
| <p>ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน<br/>(.....)<br/>ตำแหน่ง.....<br/>วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....</p> | <p>ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน<br/>(นางบุบผา กล้าใจ)<br/>ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี<br/>วันที่..... เดือน..... พ.ศ.25.....</p> |
|--|--|

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่..... วันที่.....

#### หมายเหตุ

#### คำชี้แจง

1. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะ และจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวัน เวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้นในช่องหมายเหตุ
2. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืม และวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
3. กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมีต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ 2)

## หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ชื่อส่วนราชการ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ.....วันที่.....

| ลำดับ<br>ที่ | ชื่อ | ตำแหน่ง | ค่าใช้จ่าย     |               |          |                | รวม | ลายมือชื่อ<br>ผู้รับเงิน                 | วันเดือนปี<br>ที่รับเงิน | หมายเหตุ |
|--------------|------|---------|----------------|---------------|----------|----------------|-----|--|--------------------------|----------|
|              |      |         | ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าใช้จ่ายอื่น |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
|              |      |         |                |               |          |                |     |  |                          |          |
| รวมเงิน      |      |         |                |               |          |                |     | ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ _____ วันที่ _____ |                          |          |

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) .....

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

## คำชี้แจง

1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พัก ให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ
2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวัน เดือน ปีที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ได้รับจากเงินยืม
3. ผู้จ่ายเงิน หมายถึงผู้ที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน

(นางนุชนพ กล้วยใจ)

ตำแหน่งเจ้าพนักงานการเงินและบัญชี

วันที่ .....

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**  
ส่วนราชการ โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม

| วัน เดือน ปี | รายละเอียดการจ่าย   | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|--------------|---|-----------|----------|
| วันที่       | ● ค่าโดยสารรถรับจ้าง  |           |          |
| เดินทางไป    | ⊕ จากโรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม อำเภอทุ่งศรีอุดม<br>จ.อุบลราชธานี ถึงสถานีขนส่ง.....เที่ยวละ. |           |          |
|              | ⊕ จากสถานีขนส่ง.....<br>ถึงสถานีขนส่ง.....เที่ยวละ                                      |           |          |
|              | ● ค่าโดยสารรถรับจ้าง  |           |          |
|              | ⊕ จากสถานีขนส่ง .....ไปถึงที่พัก<br>โรงแรม.....เที่ยวละ                                 |           |          |
| วันที่       | ● ค่าโดยสารรถรับจ้าง  |           |          |
| เดินทางกลับ  | ⊕ จากโรงแรม.....ไปถึง<br>สถานีขนส่ง.....เที่ยวละ.                                       |           |          |
|              | ⊕ จากสถานีขนส่ง.....<br>ถึงสถานีขนส่ง.....เที่ยวละ                                      |           |          |
|              | ● ค่าโดยสารรถรับจ้าง  |           |          |
|              | ⊕ จากสถานีขนส่ง .....<br>โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม.....เที่ยวละ                              |           |          |
|              |   |           |          |
|              | <b>รวมทั้งสิ้น</b>  |           |          |

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) \_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_. โรงพยาบาลทุ่งศรีอุดม ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียก

ใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_