

หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก ประจำเดือน พ.ศ.

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

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																									รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวน เงิน	วัน เดือน ปี ที่รับ เงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	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	วันปกติ ชม.	วันหยุด ชม.																	
	รวมเป็นเงิน																																												
																																								รวม					

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

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