



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

ใบสำคัญจ่ายเงิน

จาก.....

เรียน ประธาน พอ.สว. ประจำจังหวัด/เลขาธิการ พอ.สว. ประจำจังหวัด

ขออนุมัติเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่าย ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
(ตัวอักษร.....บาท) รวมเป็นเงิน			

ลงชื่อ.....
(.....)

ผู้ขอเบิก
วันที่.....

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรจ่ายได้ จำนวน บาท (.....)
ลงชื่อ..... วันที่.....
(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายได้เป็นเงิน บาท (.....)
ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....
(.....)

ใบรับเงิน

ได้รับเงินจำนวน.....บาท (.....)
โดยเช็คธนาคาร..... เลขที่..... เป็นการถูกต้องแล้ว
ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน..... วันที่.....
(.....)



มูลนิธิเลขทะเบียนลำดับที่ 802

พอ.สว. ประจำจังหวัด

ใบสรุปการใช้จ่ายเงิน

ระหว่างวันที่ ถึงวันที่

ใบสำคัญจ่ายเงินที่	รายการ	เช็คเลขที่	จำนวนเงิน (บาท)

รวมค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น

ยอดคงเหลือในบัญชีธนาคาร.....เลขที่.....

วงเงินทดรองหมุนเวียน พอ.สว. ประจำจังหวัด

ลงชื่อ.....

(.....)

เจ้าหน้าที่การเงิน

วันที่.....

ได้ตรวจสอบถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

เหรียญก

วันที่.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก มูลนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

ดังรายการต่อไปนี้

ได้นำผู้ป่วย.....โรค.....มารับการ

รักษาที่โรงพยาบาล.....ระหว่างวันที่.....ถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่ารถผู้ป่วยจากบ้าน.....ถึง รพ.(ไป-กลับ)		
ค่ารถญาติจากบ้าน.....ถึง รพ.(ไป-กลับ)		
ค่าอาหารสำหรับผู้ป่วย.....วัน ๑ ละ.....บาท		
ค่าอาหารสำหรับญาติ.....วัน ๑ ละ.....บาท		
รวม		

จำนวนเงิน (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ใบรับรองแทนใบเสร็จ

ส่วนราชการ มุขนิธิแพทย์อาสาสมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายการจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
.....	ค่ารถผู้ป่วย (ไป-กลับ) จากบ้าน..... ถึง รพ.....		
.....	ค่ารถญาติ (ไป-กลับ) จากบ้าน..... ถึง รพ.....		
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
	รวมทั้งสิ้น		

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

กอง.....ขอรับรองว่า รายการข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของราชการโดยแท้

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

ใบสำคัญรับเงินค่าอาหาร

ที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากมูลนิธิ พอ.สว. เป็นค่าอาหารของคณะ พอ.สว. ออกปฏิบัติงาน เดือน.....

ครั้งที่	รายการ	จำนวนเงิน
1.	วันที่.....ปฏิบัติงานที่ บ.....ต.....อ.....จำนวนเจ้าหน้าที่.....คน	
2.	วันที่.....ปฏิบัติงานที่ บ.....ต.....อ.....จำนวนเจ้าหน้าที่.....คน	
3.	วันที่.....ปฏิบัติงานที่ บ.....ต.....อ.....จำนวนเจ้าหน้าที่.....คน	
4.	วันที่.....ปฏิบัติงานที่ บ.....ต.....อ.....จำนวนเจ้าหน้าที่.....คน	
5.	วันที่.....ปฏิบัติงานที่ บ.....ต.....อ.....จำนวนเจ้าหน้าที่.....คน	
	รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน	

จำนวนเงิน 

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
(.....)

ขอรับรองว่าได้ใช้จ่ายจัดทำอาหารจริง

ลงนาม.....

(.....)

เลขานุการ พอ.สว. ประจำจังหวัด.....