ใบเบิกเงิน สวัสดิการเจ้าหน้าที่

โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐พรรษา

ใบเบิกเลขที่.....

ฝ่าย..... บริหารงานทั่วไป.....

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ขอเบิกเงิน เพื่อใช้จ่ายตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคา	ราคาสุทธิ์	หมายเหตุ

เป็นเงิน .....บาท ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....) (.....)

ความเห็นของกรรมการคัดกรองการรับ-จ่ายเงิน

☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ 1. นางเจนจิรา แพงหลวง ลงชื่อ.....

☐ เห็นชอบ ☐ ไม่เห็นชอบ 2. นางปริญญา เอี่ยมวิจารณ์ ลงชื่อ.....

ความเห็นชอบของผู้อำนวยการโรงพยาบาล

☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ

ลงชื่อ .....

(นายสมชาติ สุจริตรังษี)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสาไห้ฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน ลงชื่อ .....ผู้จ่ายเงิน

(.....) (.....)

วัน.....เดือน.....ปี ..... วัน.....เดือน.....ปี .....