### สัญญาเงินยืมเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ส่วนที่ 1

ชื่อผู้ยืม จำนวนเงิน บาท แบบ 8708

**ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

ที่ทำการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

วันที่ 255\_\_\_

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ตามคำสั่ง/บันทึกที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ลงวันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ได้อนุมัติให้ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_สังกัด \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ พร้อมด้วย - เดินทางไปปฏิบัติราชการ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ โดยออกเดินทางจาก

❒ บ้านพัก ❒ สำนักงาน ตั้งแต่วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_\_\_\_ น.

และกลับถึง ❒ บ้านพัก ❒ สำนักงาน วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เวลา \_\_\_\_\_\_\_\_ น.

รวมเวลาไปราชการครั้งนี้ \_\_\_\_ วัน

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางราชการสำหรับ ❒ ข้าพเจ้า ❒ คณะเดินทาง ดังนี้

ค่าเบี้ยเลี้ยง รวม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ บาท

ค่าที่พัก รวม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ บาท

ค่าพาหนะ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รวม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_บาท

ค่าใช้จ่ายอื่น รวม \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ บาท

รวมเงินทั้งสิ้น \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ บาท

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้น เป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย จำนวน ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้ขอรับเงิน

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้  ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ พ.ศ.25\_\_\_\_ | อนุมัติให้จ่ายได้  ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ พ.ศ.25\_\_\_\_ |

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ บาท (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

|  |  |
| --- | --- |
| ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้รับเงิน  (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 255\_\_\_ | ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้จ่ายเงิน  ( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ พ.ศ.255\_\_\_ |

จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**หมายเหตุ**

**คำชี้แจง**

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

ส่วนที่ 2

แบบ 8708

**หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ**

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 255\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ | ตำแหน่ง | ค่าใช้จ่าย | | | | รวม | ลายมือชื่อผู้รับเงิน | วันเดือนปี  ที่รับเงิน | หมายเหตุ |
| ค่าเบี้ยเลี้ยง | ค่าเช่าที่พัก | ค่าพาหนะ | ค่าใช้จ่ายอื่น |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| รวมเงิน | | |  |  |  |  |  | ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |
| --- | --- |
| จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **คำชี้แจง**   1. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พัก ให้ระบุอัตราวันละและจำนวนวันที่ขอเบิกของแต่ละบุคคลในช่องหมายเหตุ 2. ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวัน เดือน ปีที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม ให้ระบุวันที่ได้รับจากเงินยืม 3. ผู้จ่ายเงิน หมายถึงผู้ที่ขอยืมเงินจากทางราชการ และจ่ายเงินยืมนั้นให้แก่ผู้เดินทางแต่ละคน เป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน | ลงชื่อ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ผู้จ่ายเงิน  (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 255\_\_\_ |

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | รายละเอียดการจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|  | * ค่าโดยสารรถรับจ้าง ไป – กลับ จากบ้านพักเลขที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   ถึง\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  |
|  | * ค่าโดยสาร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จาก \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ไป - กลับ |  |  |
|  | * ค่าโดยสาร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จาก \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ไป - กลับ |  |  |
|  | * ค่าโดยสาร\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_จาก \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ถึง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ไป - กลับ |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 255\_\_\_

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| วัน เดือน ปี | รายละเอียดการจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ข้าพเจ้า \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่ง \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของทางราชการโดยแท้

(ลงชื่อ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 255\_\_\_