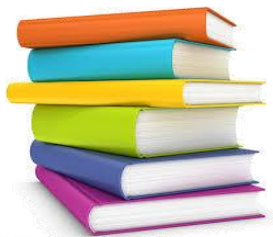




เอกสารหลักฐานประกอบการเบิกจ่าย กรณีใช้เงินยืมทดรองราชการ และกรณีเบิกสำรองจ่าย



คู่มือฝ่าย การขอเบิกการทดรองราชการ

จากนั้นเจ้าหน้าที่จะ**ตรวจสอบ**
เอกสาร หลักฐาน



สำนักงานการคลัง กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย



ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับการชดใช้คืนเงินยืมและการเบิกสำรองจ่าย

- ระเบียบ มธ.ว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยืมเงินทดรองราชการ และ การชดใช้เงินยืมของ รพ.ธ. พ.ศ.2558
- ระเบียบ มธ.ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตรา การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการ ฝึกอบรม และการจัดงานของ รพ.ธ. พ.ศ.2558



ระเบียบ มร.ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตรา การเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการจัดงาน ของ รพ.ธ. พ.ศ.2558



ระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการจัดงาน
ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2558

โดยที่เป็นการสมควรให้มีหลักเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการจัดงาน
ของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ 11 และข้อ 25 แห่งระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยการ
บริหารงานโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2550 อันการดำเนินการของคณะกรรมการบริหาร
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ จึงกำหนดระเบียบว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายในการ
ฝึกอบรม และการจัดงานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดังนี้

ข้อ 1 ระเบียบนี้เรียกว่า "ระเบียบมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และอัตราการเบิกจ่าย
ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการจัดงานของโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พ.ศ.2558"

ข้อ 2 ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ 3 บรรดาข้อบังคับ ระเบียบ ประกาศ คำสั่ง หรือหลักเกณฑ์อื่นที่กำหนดไว้แล้ว ที่ขัดหรือแย้ง
กับระเบียบนี้ให้ใช้ระเบียบนี้แทน

ข้อ 4 ในระเบียบนี้

(1) "การฝึกอบรม" หมายความว่า การอบรม การประชุมทางวิชาการหรือการประชุมเชิงปฏิบัติการ
การสัมมนาทางวิชาการหรือการสัมมนาเชิงปฏิบัติการ การบรรยายพิเศษ การฝึกงาน การจัดงานหรือ
ที่เรียกชื่ออย่างอื่นที่ในประเภทและต่างประเภท โดยมีโครงการหรือหลักสูตรและแจ้งเวลาจัดที่แน่นอนที่มี
วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคคลหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน

(2) "การฝึกอบรมประเภท ก" หมายความว่า การฝึกอบรมที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีทั้งที่เป็นบุคลากร
ของรัฐซึ่งมีข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย หรือพนักงานโรงพยาบาล ตำแหน่งประเภททั่วไประดับทักษะพิเศษ
เชี่ยวชาญ หรือคุณวุฒิ ประเภทชำนาญการระดับสูง หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า

(3) "การฝึกอบรมประเภท ข" หมายความว่า การฝึกอบรมที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีทั้งที่เป็นบุคลากร
ของรัฐซึ่งมีข้าราชการ พนักงานมหาวิทยาลัย หรือพนักงานโรงพยาบาล ตำแหน่งประเภททั่วไประดับทักษะพิเศษ
ชำนาญการ ประเภทชำนาญการระดับต้น หรือตำแหน่งที่เทียบเท่า

(4) "การงาน" หมายความว่า การเพิ่มพูนความรู้หรือประสบการณ์ด้วยการสังเกตการณ์ซึ่งกำหนดไว้ใน
โครงการหรือหลักสูตรการฝึกอบรม หรือกำหนดไว้ในแผนการจัดการประชุม มีกิจกรรมลูกเล่น ระหว่าง หรือหลัง
การฝึกอบรม

(5) "การฝึกอบรมบุคคลภายนอก" หมายความว่า การฝึกอบรมที่ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีทั้งที่เป็น
มีวัตถุประสงค์ของโรงพยาบาล โดยมีทั้งที่เป็นคนต่างเขตเป็นฝึกอบรม และฝึกจากได้รับอนุมัติจากมหาวิทยาลัยแล้ว

(6) "การจัดงาน" หมายความว่า การจัดงานตามแผนงานโครงการหรือนโยบาย เช่น การจัดงานวันคล้ายวัน
สถาปนา การจัดงานวันรณรงค์ การจัดงานและอื่นๆ การจัดการประกวดหรือแข่งขัน หรือการจัดกิจกรรมต่าง ๆ
ตามงบประมาณที่ได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด

(7) การฝึกอบรมและการจัดงานนอกสถานที่ หมายความว่า การฝึกอบรมและการจัดงานภายนอกโรงพยาบาล
และภายนอกมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

(8) "วิทยากร" หมายความว่า ผู้บรรยาย ผู้อภิปราย หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นซึ่งทำหน้าที่ให้ความรู้แก่ผู้เข้า
รับการฝึกอบรมและให้คำแนะนำรวมถึงผู้ดำเนินการเสวนาด้วย

(9) "โรงพยาบาล" หมายความว่า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

(10) "ผู้อำนวยการ" หมายความว่า ผู้อำนวยการโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ข้อ 5 โครงการหรือหลักสูตรการฝึกอบรม และการจัดงานที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัดหรือจัดร่วมกับ
หน่วยงานอื่น ต้องได้รับอนุมัติจากผู้อำนวยการเพื่อเบิกจ่ายค่าใช้จ่ายตามระเบียบนี้

ข้อ 6 ในค่าใช้จ่ายการประชุมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ และการสัมมนาทางวิชาการหรือ
เชิงปฏิบัติการ ให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีหมายเลข 1 หายระเบียนนี้ หรือตามที่
โรงพยาบาลประกาศกำหนด

ข้อ 7 ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก ให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชี
หมายเลข 2 หายระเบียนนี้ หรือตามที่โรงพยาบาลประกาศกำหนด

ข้อ 8 ค่าใช้จ่ายในการจัดงานต่าง ๆ ให้เบิกจ่ายตามหลักเกณฑ์และอัตราที่กำหนดไว้ในบัญชีหมายเลข 3
หายระเบียนนี้ หรือตามที่โรงพยาบาลประกาศกำหนด

ข้อ 9 การจ่ายค่าสมาคมคุณวิทยากร ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และอัตรา ดังนี้

(1) วิทยากรที่เป็นบุคลากรของโรงพยาบาล ให้ได้รับค่าสมาคมคุณวิทยากรสำหรับการฝึกอบรมประเภท ก.
ไม่เกินชั่วโมงละ 700 บาท และสำหรับการฝึกอบรมประเภท ข. ไม่เกินชั่วโมงละ 500 บาท

(2) วิทยากรที่เป็นบุคลากรของส่วนราชการ รัฐวิสาหกิจ หรือหน่วยงานอื่นของรัฐ ให้ได้รับค่าสมาคมคุณ
วิทยากรสำหรับการฝึกอบรมประเภท ก. ไม่เกินชั่วโมงละ 800 บาท และสำหรับการฝึกอบรมประเภท ข. ไม่เกิน
ชั่วโมงละ 600 บาท

(3) วิทยากรที่เป็นบุคลากรของภาคเอกชน ให้ได้รับค่าสมาคมคุณวิทยากรสำหรับการฝึกอบรมประเภท ก.
ไม่เกินชั่วโมงละ 1,600 บาท และสำหรับการฝึกอบรมประเภท ข. ไม่เกินชั่วโมงละ 1,200 บาท

(4) การฝึกอบรมที่โรงพยาบาลเป็นผู้จัด หรือจัดร่วมกับหน่วยงานอื่น ถ้าวิทยากรได้รับค่าสมาคมคุณ
วิทยากรจากหน่วยงานอื่นแล้ว ให้โรงพยาบาลงดเบิกค่าสมาคมคุณวิทยากร

(5) วิทยากรที่เป็นบุคลากรภายนอกมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ให้ได้รับค่าเดินทางครั้งละ 1,000 บาท

ข้อ 10 กรณีที่โรงพยาบาลประสงค์จะจ้างดำเนินการในการจัดงาน ให้ดำเนินการได้ตามที่ได้ได้รับ
อนุมัติจากผู้อำนวยการ โดยให้ใช้เงินสำรองเงินของรัฐบาลในการจัดงานเป็นหลักฐานการเบิกจ่าย

ข้อ 11 ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการจัดงาน ยกเว้นค่าอาหารและเครื่องดื่ม ค่าเช่าที่พัก
ค่าสมาคมคุณวิทยากร ให้ดำเนินการตามระเบียบพัสดุ แห่งราชการค่าใช้จ่ายแต่ละรายการไม่เกิน 5,000 บาท
ให้ใช้หลักฐานใบเสร็จรับเงินและการดำเนินการตามระเบียบพัสดุอย่างอื่นอย่างหนึ่งอย่างใดเป็นการต่อต่อไป

(1) ชื่อ สถานที่ หรือที่ทำการของผู้จัด

(2) วัน เดือน ปี ที่รับเงิน

(3) รายการและรายการเงินรับเงินว่าเงินค่าอะไร

(4) จำนวนเงินที่ส่งด้วยเช็คและตัวอักษร

(5) ลายมือชื่อของผู้รับเงิน

(6) ให้ผู้จ่ายเงินลงลายมือชื่อรับรองการจ่าย ลงวัน เดือน ปี พร้อมทั้งมีผู้จ่ายเงินด้วยตัวอักษร
ในหลักฐานการจ่ายเงินทุกฉบับเพื่อประโยชน์ในการตรวจสอบ

ข้อ 12 การจ่ายเงินรายวัน จัดตามลักษณะไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ ให้ผู้จ่ายเงิน
ทำใบรับรองการจ่ายได้โดยให้บันทึกชื่อและหมู่ที่ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินไว้เพื่อประกอบการพิจารณาด้วย

ข้อ 13 การจ่ายเงินต่อไปนี้ ให้ผู้จ่ายทำใบรับรองการจ่ายเงิน โดยไม่ต้องทำบันทึกชื่อและนามข้อ 12

(1) การจ่ายเงินรายวัน ๆ เป็นจำนวนไม่เกินห้าพันบาท

(2) การจ่ายเงินเป็นค่ารถ หรือที่นั่งที่จ้าง

(3) การจ่ายเงินเป็นค่าโทรศัพท์รายวัน หรือเดือนค่าประจำทาง หรือเดือนค่าประจำทาง

ข้อ 14 ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องการใช้จ่ายในโครงการหรือหลักสูตรการฝึกอบรม หรือการจัดงาน
รวมถึงการฝึกอบรม การจัดงานนอกสถานที่ ในวงเงินที่สูงกว่าที่กำหนดไว้ในระเบียบนี้ ต้องได้รับอนุมัติจาก
ผู้อำนวยการก่อน โดยให้ผู้จัดทำโครงการหรือหลักสูตรการฝึกอบรม หรือผู้จัดงาน ทำบันทึกชี้แจงเพื่อประกอบการ
พิจารณาอนุมัติด้วย

ข้อ 15 ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้จัดการตามระเบียบนี้
ในกรณีที่ผู้อำนวยการปฏิบัติหรือการปฏิบัติงานตามระเบียบนี้ ให้ผู้อำนวยการเป็นผู้รับผิดชอบ
คำวินิจฉัยของผู้นานการให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ 3 มิถุนายน พ.ศ.2558

(ศาสตราจารย์ ดร.สมคิด เลิศไพฑูรย์)

อธิการบดี



บัญชีหมายเลข 1
หลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายในการประชุมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ
และการสัมมนาทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ

บัญชีหมายเลข 2
หลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคลากรภายนอก

บัญชีหมายเลข 3
หลักเกณฑ์และอัตราค่าใช้จ่ายในการจัดงาน

ลำดับที่	ชื่อรายการค่าใช้จ่าย	หลักเกณฑ์และอัตราการจัด
1	ค่าใช้จ่ายในพิธีเปิด-ปิด และออกแถลงการณ์	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 2,000 บาท
2	ค่าวัสดุ เครื่องเขียน และอุปกรณ์	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด
3	ค่าเช่าห้องประชุม/สัมมนา และหรือค่าเช่าอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการประชุม/สัมมนา	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 5,000 บาท/วัน
4	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเอกสารและค่าเช่า	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด
5	ค่าสมนาคุณวิทยากร	ตามระเบียบข้อ 9
6	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในพิธีเปิด-ปิด และระหว่างการประชุม อบรม สัมมนา	6.1 เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 25 บาท/มื้อ/คน 6.2 จัดในสถานที่ของส่วนราชการอื่น/รัฐวิสาหกิจ 6.3 จัดในสถานที่ของเอกชน
7	ค่าอาหาร	7.1 จัดในสถานที่ของโรงพยาบาล 7.2 จัดในสถานที่ของส่วนราชการอื่น/รัฐวิสาหกิจ 7.2.1 การฝึกอบรมประเภท ก. 7.2.2 การฝึกอบรมประเภท ข. 7.3 จัดในสถานที่ของเอกชน
8	ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง	หลักเกณฑ์และอัตราการจัดให้เป็นไปตามพระราชกฤษฎีกาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ พ.ศ.2526 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และภายใต้ระเบียบ ดังนี้ 8.1 จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางตามอัตราที่มีสิทธิได้รับ 8.2 (1) จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง (2) จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง 1 ใน 3 ของอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางที่มีสิทธิได้รับ (3) จ่ายค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทาง 2 ใน 3 ของอัตราค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางที่มีสิทธิได้รับ
9	ค่าค่าที่พัก	ตามพระราชกฤษฎีกาค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ (ฉบับที่ 8) พ.ศ.2553 และตามระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการใช้จ่ายในการฝึกอบรม การจัดงานและการประชุมระหว่างประเทศ (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2555
10	ค่ากระเป๋าสาน หรือพิมพ์เอกสารสำหรับผู้เข้าร่วมการประชุมและสัมมนา	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินใบละ 300 บาท
11	ค่าสมนาคุณในการจัดงาน	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินแห่งละ 1,500 บาท
12	ค่าธรรมเนียมการศึกษาจัดงาน	เท่าที่จ่ายจริง

ลำดับที่	ชื่อรายการค่าใช้จ่าย	หลักเกณฑ์และอัตราการจัด
1	ค่าใช้จ่ายในพิธีเปิด-ปิด และออกแถลงการณ์	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 2,000 บาท
2	ค่าวัสดุ เครื่องเขียน และอุปกรณ์	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด
3	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเอกสารและค่าเช่า รวมถึงค่าถ่ายเอกสารด้วย	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด
4	ค่าพิมพ์และเขียนใบประกาศนียบัตร (รวมซอง)	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินใบละ 30 บาท
5	ค่าใช้จ่ายในการติดต่อสื่อสาร	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด
6	ค่าสมนาคุณวิทยากร	ตามระเบียบข้อ 9
7	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในพิธีเปิด-ปิด และระหว่างการประชุม อบรม สัมมนา	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 35 บาท/มื้อ/คน
8	ค่าอาหารกลางวัน	8.1 ค่าเลี้ยงรับรองประเภท ก. 8.2 ค่าเลี้ยงรับรองประเภท ข.
9	ค่ากระเป๋าสาน	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกินใบละ 300 บาท
10	ค่าเงินรางวัล	รางวัลไม่เกิน 5,000 บาท
11	ค่าบ้าน/คิ้อปะชาสังสรรค์	เท่าที่จ่ายจริง ตามความจำเป็น เหมาะสม และประหยัด

ลำดับที่	รายการค่าใช้จ่าย	หลักเกณฑ์และอัตราการจัด
1	ค่าใช้จ่ายในพิธีเปิด-ปิด และออกแถลงการณ์	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 2,000 บาท
2	ค่าวัสดุ เครื่องเขียน และอุปกรณ์	เท่าที่จ่ายจริง
3	ค่าเช่าห้องพักรับรองต่าง ๆ	เท่าที่จ่ายจริง
4	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเอกสารและค่าเช่า	เท่าที่จ่ายจริง
5	ค่าสมนาคุณวิทยากร	ตามระเบียบข้อ 9
6	ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม ในพิธีเปิด-ปิด และระหว่างการประชุม อบรม สัมมนา	เท่าที่จ่ายจริง แต่ไม่เกิน 25 บาท/มื้อ/คน
7	ค่าอาหารกลางวัน	ไม่เกิน 80 บาท/มื้อ/คน
8	ค่าใช้จ่ายในพิธีทางศาสนา	8.1 พิธีทางศาสนาพุทธ 8.2 พิธีทางศาสนาอื่น
9	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับกิจกรรมการแสดง	9.1 ค่าดนตรีและวงเครื่อง 9.2 ค่าการแสดงนาฏศิลป์หรือศิลปวัฒนธรรมไทย 9.3 ค่าแสดงลิเก
10	ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับสถานที่และค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็น ได้แก่	10.1 ค่าเช่าสถานที่จัดงาน 10.2 ค่าเช่าและค่าอุปกรณ์วัสดุอุปกรณ์ 10.3 ค่าเช่ารถเช่า 10.4 ค่าเช่ารถรับส่งผู้เข้าร่วมงาน
11	ค่าใช้จ่ายในการประกวดหรือแข่งขัน	11.1 ค่าตอบแทนกรรมการตัดสิน (ก) บุคคลที่เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของทางราชการ ซึ่งไม่มีหน้าที่รับผิดชอบในการจัดงาน (ข) บุคคลที่ไม่ได้เป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของทางราชการ 11.2 ค่าใช้สอยรถ หรือรางวัลสำหรับผู้ชนะการประกวดหรือแข่งขัน 11.3 ค่าจัดทำป้ายชื่อผู้เข้าแข่งขัน ใบประกาศเกียรติคุณหรือเกียรติบัตร



หลักการการชดใช้คืนเงินยืม

- ผู้ยืมต้องส่งใบสำคัญชดใช้พร้อมเอกสารหลักฐานประกอบต่างๆยื่นต่องานบัญชีภายใน 15 วัน นับจากวันเสร็จสิ้นโครงการหรือกิจกรรมอื่นใด ต้องไม่เกินกำหนดเวลาตามสัญญา
- กรณีเงินสดเหลือจ่าย ผู้ยืมต้องนำเงินสดมาคืนที่งานการเงินภายใน 5 วัน ทำการจากวันเสร็จสิ้นโครงการหรือกิจกรรมอื่นใด หากมีเงินสดเหลือจ่ายเกินร้อยละ 20 ของเงินยืม ให้ผู้ยืมรายงานชี้แจงเหตุผลต่อผู้อำนวยการ
- กรณีที่ผู้ยืมไม่สามารถดำเนินการตามโครงการหรือกิจกรรมอื่นใดตามกำหนดการได้ ให้รับนำส่งเงินคืนภายใน 3 วัน นับแต่วันที่ทราบเหตุนั้น



หลักการการชดใช้คืนเงินยืม (ต่อ)

- กรณีผู้ยืมดำเนินการทางเอกสารไม่ถูกต้อง โดยงานบัญชีทักท้วงเพื่อดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง ต้องส่งคืนภายใน 5 วันทำการ
- กรณีมีการเปลี่ยนแปลงวันที่จัดโครงการ หรือการเปลี่ยนแปลงงบประมาณ หรือการอื่นใดที่ไม่ตรงกับโครงการ ผู้ยืมต้องขออนุมัติผู้อำนวยการ



เอกสารการใช้เงินยืมทดรองราชการ
และการเบิกกรณีสำรองจ่าย
ประกอบด้วย





แบบฟอร์มการขอใช้เงินยืมโครงการ

ACC_ABLTLTUSE01

แบบฟอร์มการส่งหลักฐานเพื่อขอใช้เงินยืมโครงการ

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่ เดือน พ.ศ.

เรื่อง ขอขยืมเงินยืมโครงการ

เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง

ตามที่ข้าพเจ้า ตำแหน่ง สังกัดงาน
 กลุ่มงานสำนัก ได้ทำสัญญาเงินยืมโครงการ จำนวนเงิน บาท
 (.....) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ
 ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ วันที่ เดือน พ.ศ.
 ปีที่ ได้ดำเนินการครบถ้วนส่งคืนแล้ว ยึดค่าใช้จ่ายเป็นวันที่ บาท
 (.....) ซึ่งพอส่งหลักฐานเพื่อขอใช้เงินยืมโครงการตามเอกสาร ข้างมาพร้อมนี้

๑. ☐ ใบสำคัญหลักฐานการจ่ายเงิน ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ ถัดเงินสด ☐ ใบสำคัญรับเงิน ☐ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
☐ อื่นๆ จำนวน ฉบับ เป็นเงิน บาท

๒. คืนเงินยืมที่ถือตามใบเสร็จรับเงิน เลขที่ ลงวันที่ เป็นเงิน บาท

๓. ☐ ส่วนสัญญาเงินยืม ☐ ส่วนใบพอลงนามติดบประมาณ ☐ ส่วนพอลงนามติดบัญชีของนิติโครงการ
☐ กำหนดการจัดโครงการ ☐ รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม/โครงการ ☐ อื่นๆ จำนวน ฉบับ

จึงขอแนบเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

ผู้ยื่น ลงชื่อ (.....) ตำแหน่ง/...../..... ได้ตรวจสอบหลักฐานการขอใช้เงินยืมแล้ว ถูกต้องครบถ้วน ลงชื่อ (นางสาวพิจา วัฒนกิจ) นักวิชาการเงินและบัญชี /...../.....	หัวหน้ากองงานผู้ยื่น ลงชื่อ (.....) ตำแหน่ง/...../..... เห็นสมควรอนุมัติใบสำคัญขอใช้เงินยืมดังกล่าว ลงชื่อ (นางสาวกชพร อากูสุวรรณสกุล) หัวหน้างานบัญชี /...../.....
ลงชื่อ (นางสาวอุษณีย์ นิลาภา) รักษาราชการแทนผู้อำนวยการสำนักงานแผนและกลยุทธ์ /...../.....	อนุมัติ ลงชื่อ (รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงพิพรพรรณ วรรณคุณาธิ์) รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง /...../.....

แบบฟอร์มใบรับใบสำคัญและนำส่งเงินสดเพื่อขอใช้เงินยืมโครงการ

ACC_ABLTLTUSE01

ส่วนราชการ งานบัญชี

แบบฟอร์มใบรับใบสำคัญและนำส่งเงินสดเพื่อขอใช้เงินยืมโครงการ

เลขที่.....

วันที่.....

ได้รับ ☐ ใบสำคัญ ☐ เงินสด จาก (ชื่อผู้ยื่น) ตำแหน่ง
 สังกัดหน่วยงาน ในการใช้เงินค่าใช้จ่าย
 ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ ๑
 จำนวนเงินตาม(สัญญาเงินยืม) บาท วันที่เมื่อรับ โดยส่งใบสำคัญจำนวน ฉบับ
 จำนวนเงินรวม (ตามใบสำคัญ) บาท (ตัวอักษร) (.....)
 จำนวนเงินคืน (ตามเงินสด) บาท (ตัวอักษร) (.....)
 งานการเงินออกใบเสร็จรับเงินเลขที่ ไว้แล้ว

ลงชื่อ ผู้รับส่ง ลงชื่อ ผู้รับเงิน ลงชื่อ ผู้รับเอกสาร
 (.....) (.....) (.....)
 วันที่ วันที่ วันที่

หมายเหตุ โปรดใส่กระดานลงนามระหว่างแบบฟอร์มนี้กับแบบฟอร์มส่วนราชการ เพื่อให้ได้เงินคืนกับงานบัญชีทันทีใบสำคัญ

ACC_ABLTLTUSE01

ส่วนราชการ งานบัญชี

แบบฟอร์มใบรับใบสำคัญและนำส่งเงินสดเพื่อขอใช้เงินยืมโครงการ

เลขที่.....

วันที่.....

ได้รับ ☐ ใบสำคัญ ☐ เงินสด จาก (ชื่อผู้ยื่น) ตำแหน่ง
 สังกัดหน่วยงาน ในการใช้เงินค่าใช้จ่าย
 ตามสัญญาเงินยืมเลขที่ ๑
 จำนวนเงินตาม(สัญญาเงินยืม) บาท วันที่เมื่อรับ โดยส่งใบสำคัญจำนวน ฉบับ
 จำนวนเงินรวม (ตามใบสำคัญ) บาท (ตัวอักษร) (.....)
 จำนวนเงินคืน (ตามเงินสด) บาท (ตัวอักษร) (.....)
 งานการเงินออกใบเสร็จรับเงินเลขที่ ไว้แล้ว

ลงชื่อ ผู้รับส่ง ลงชื่อ ผู้รับเงิน ลงชื่อ ผู้รับเอกสาร
 (.....) (.....) (.....)
 วันที่ วันที่ วันที่



บันทึกข้อความขออนุมัติยืมเงินพระราชกร

สัญญายืมเงิน



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โทร. _____
 ที่ _____ วันที่ _____
 เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินพระราชกร
 เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง

ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง _____
 ประเภท ☐ ข้าราชการ ☐ พนักงานมหาวิทยาลัย ☐ พนักงานโรงพยาบาลประเภทประจำ ☐ สังกัดงาน _____
 กลุ่มงานสำนัก _____ มีความประสงค์ขอยืมเงินพระราชกร เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ _____
 ตั้งแต่วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____ ถึง วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____
 จำนวนเงินทั้งสิ้น (สามสิบล้าน) _____ บาท (เพื่อใช้จำนวนเงินที่ขอเป็นไปตามระเบียบการยืมเงินพระราชกร)
☐ กรณีชำระค่าตอบแทนล่วงหน้า ผู้ยืมจะต้องดำเนินการชำระให้กับสถาบันภายในวันที่ _____
 เป็นจำนวนเงิน _____ บาท
☐ กรณีค่าใช้จ่ายในการจัดการราชการ รายการ _____ ที่ฝ่ายระเบียบ
 ทางการเงิน โดยชำระเป็นเงินสด กับทาง _____ เป็นจำนวนเงิน _____ บาท
☐ กรณียืมเงินโครงการที่มีกิจกรรมเป็นครั้งคราวเนื่อง แต่ยังมีครบถ้วน โปร่งใสเชื่อถือได้ ผู้ยืมขอเสนอ ผู้ที่เกี่ยวข้อง
 ในโครงการ คณะกรรมการของโครงการอื่น ๆ)
 1. _____
 2. _____
 3. _____

ในการยืมเงินพระราชกรครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้เป็นลูกหนี้ได้วงเงินยืมพระราชกร โดยจะชดเชยเงินยืมของ
 ราชการหรือของเอกสารหลักฐานประเภทต่าง ๆ ภายใน 15 วันนับจากวันเสร็จสิ้นโครงการหรือกิจกรรมหรือการอื่นใด ต้องไม่เกิน
 กำหนดเวลาตามสัญญา และจะปฏิบัติตามระเบียบ ของทางการเงินและหลักเกณฑ์หรือประกาศใดก็ได้ที่เกี่ยวข้องทุกประการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และขอพระคุณถึง

ลงชื่อ _____ ผู้ยืม
 (_____)
 ตำแหน่ง _____
 ลงชื่อ _____ หัวหน้าส่วนราชการ
 (_____)
 ตำแหน่ง _____
☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ
 ลงชื่อ _____
 (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงทิพรพรรณ หรรษาคุณาธิ)
 รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง



แบบ 8500

สัญญาการยืมเงิน		เลขที่ 121/64 วันครบกำหนด 30 ก.ค. 64
ยื่นต่อ งานบัญชี (1)		
ข้าพเจ้า _____ ตำแหน่ง พยาบาล สังกัด _____ จังหวัด _____		
มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (2) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ ค่าลงทะเบียนอบรมหลักสูตร HA 601 : ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาลด้วยระบบคอมพิวเตอร์ไปนี้		
งบประมาณเลขที่ 202511-11/64	แผนงานรอง _____	
รายการ ค่าลงทะเบียนสำหรับการอบรมบุคลากรภายนอกโรงพยาบาล (ตัวอักษร สามหมื่นบาทถ้วน) รวมเงิน (บาท)	30,000.00	
ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทาง พยาบาลทุกประการ และจะนำใบสำคัญยืมที่ถูกต้องพร้อมเงินเหลือ จ่าย (ถ้ามี) ส่งไปภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง คือภายใน 15 วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ สามารถส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด ปานนี้้ง ปานญา หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับ จากทางราชการ ชดเชยจำนวนเงินที่เกินไม่ครบถ้วนได้ทันที		
ลายมือชื่อ โอบเงินเจ้าบุญ ผู้ยืม วันที่ 19 เมษายน 2564		
เสนอ รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง (4)		
ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)		
ลงชื่อ น.ส.ทิพย์ทิพย์ทิพย์ _____ วันที่ 19 เมษายน 2564		
อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน 30,000.00 บาท (สามหมื่นบาทถ้วน)		
ลายมือชื่อผู้อนุมัติ _____ วันที่ ๒๑ เม.ย. ๒๕๖๔		
รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง	ใบรับเงิน	
ได้รับเงินจำนวน 30,000.00 (สามหมื่นบาทถ้วน)		
ไปเป็นเงินถูกต้องแล้ว		
ลงชื่อ โอบเงินเจ้าบุญ ผู้รับเงิน วันที่ ๒๑ เม.ย. ๒๕๖๔		



แบบฟอร์มการเบิกค่าใช้จ่าย กรณีสำรองจ่ายเงิน

ACC_ARLTUForm06

แบบฟอร์มการเบิกค่าใช้จ่าย กรณีสำรองจ่ายเงิน

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกสำรองจ่ายเงินไปก่อน

เรียน รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง

ตามที่ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดงาน.....กลุ่มงาน/สำนัก.....

เบอร์โทรหน่วยงาน.....เบอร์มือถือ.....ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการ.....แล้วนั้น บัดนี้ การดำเนินการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว และข้าพเจ้าได้สำรองจ่ายเงินเพื่อใช้ในกิจกรรมดังกล่าวข้างต้น จำนวนเงิน.....บาท (.....) เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ในการนี้ ข้าพเจ้าขออนุมัติเบิกเงินที่ได้สำรองจ่ายแล้วนั้น และขอส่งหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายดังนี้

๑. ☐ ใบสำคัญหลักฐานการจ่ายเงิน ☐ ใบเสร็จรับเงิน ☐ บิลเงินสด ☐ ใบสำคัญรับเงิน
- ☐ ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน ☐ อื่นๆ.....จำนวน.....ฉบับ
๒. ☐ ใบขออนุมัติการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ☐ ใบขออนุมัติตัวบุคคล ☐ ใบขออนุมัติโครงการ
- ☐ กำหนดการจัดโครงการ ☐ รายชื่อผู้เข้าร่วมอบรม/โครงการ.....จำนวน.....ฉบับ
- ☐ อื่นๆ.....จำนวน.....ฉบับ
๓. ☐ รายงานขอซื้อ/ขอจ้าง.....

E-Mail ของผู้เบิกสำรองจ่ายเงิน.....

เพื่อแจ้งวันที่สรุปการส่งเอกสารเบิกจ่ายเงินให้แก่งานการเงิน *โปรดพลิกด้านหลัง*

ทั้งนี้ ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าใช้จ่ายดังกล่าวข้างต้น ข้าพเจ้ามิได้ยื่นเงินทดรองราชการแต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ หากเห็นชอบขอได้โปรดอนุมัติ จำนวนเงินดังกล่าวข้างต้น ด้วย

ผู้เบิกสำรองจ่ายเงินไปก่อน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....	หัวหน้าหน่วยงาน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง...../...../.....
ตรวจสอบหลักฐานประกอบการเบิกจ่ายเงินแล้ว ถูกต้องตรงถ้วน จึงขออนุมัติโอนเงินจำนวนดังกล่าว ลงชื่อ..... (นางสาวสุชนีย์ ทพธนะพิทักษ์) นักวิชาการเงินและบัญชี/...../.....	เห็นควรรอนุมัติจ่ายเงินกรณีสำรองจ่ายไปก่อนจำนวนเงินดังกล่าว ลงชื่อ..... (นางสาวกชพร ลาภสุวรรณสกุล) หัวหน้างานบัญชี/...../.....
เห็นควรรอนุมัติจ่ายเงินจำนวนดังกล่าว ลงชื่อ..... (นางสาวสุชนีย์ มีลาภ) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการฝ่ายบริหารแผนและการคลัง/...../.....	อนุมัติ ลงชื่อ..... (รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง ศิพรพรรณ วรรณคุณเชื้อ) รองผู้อำนวยการฝ่ายการคลัง/...../.....

ผู้เบิกแบบสำเนาสมุดเงินฝากธนาคารทหาร
ไทยชนชาติ โดยรับรองสำเนาถูกต้อง
พร้อมลงนาม และระบุหมายเลข
โทรศัพท์มือถือ



เอกสารใบขออนุมัติการใช้จ่ายเงินงบประมาณ

งบปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒
 วันที่ ๒๕ มี.ค. ๒๕๖๒
 เวลา ๑๐.๐๐ น.

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
 ใบขออนุมัติการใช้จ่ายเงินงบประมาณ ประจำปี ๒๕๖๒
 ราชการใน สำนักบริหารงานคณะกรรมการ

วันที่ ๙ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๒ ๑๓:๒๔:๑๗

ชื่อ อนุมัติงานคณะกรรมการ (ผ่าน สน.สำนักงานคณะกรรมการฯ) พณ ราชการใน

เพื่อให้ดำเนินการตามแผนงานที่ได้ไปอนุมัติ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) Open
 Project ๗.๗๖... (ถ้ามี) ๒๕๖๒ วันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๒

หน่วยงาน สำนักบริหารงานคณะกรรมการ (๑๐๐๐๐๐๐)

อนุมัติให้ดำเนินการตามแผนงานที่ได้ไปอนุมัติ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) ปีงบประมาณ ๒๕๖๒

แผนงาน... (ถ้ามี) แผนงาน... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ	งบโครงการ	งบโครงการ	งบโครงการ
30,000,000.00	6,456,133.40	12,540.00	25,531,349.60

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)

งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี) งบโครงการ... (ถ้ามี)





กรณีค่าธรรมเนียมหรือค่าลงทะเบียนสำหรับการฝึกอบรม

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ฝ่ายบริหาร โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ โทร. 0 2926 9229 ใน 1 หน้า
ที่ 3579 /2562 วันที่ 9 เมษายน 2562
เรื่อง ขออนุมัติค่าธรรมเนียมสำหรับผู้บริหารและคณาจารย์ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
เรียน ผู้อำนวยการ (ส่วนการบริหารงานบุคคล)
สิ่งที่แนบมาด้วย: กำหนดการอบรมวิชาการ

ตามที่ แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ ได้ให้มีการอบรมแพทย์ พยาบาล
ด้านวิชาชีพสุขภาพ และสาขาอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและสมรรถนะของบุคลากรใน
ภาคสุขภาพและสาธารณสุข โดยพัฒนาประสิทธิภาพ มาตรฐาน และสร้างความรู้ความเข้าใจในการให้บริการสุขภาพแก่
ผู้รับบริการ ซึ่งเห็นว่าการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาความรู้ ทักษะและประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ
(ราชบัณฑิตยสถาน) นั้น

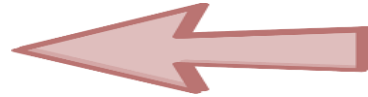
ในการนี้ ฝ่ายบริหาร สังกัด โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ เห็นควรให้
บุคลากร จำนวน 2 ราย เข้าร่วมประชุมอบรมเรื่องดังกล่าว ณ ชื่อสถานที่ 2-3 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี
แพทย์สมาคมแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์ 13 - 14 มิถุนายน 2561 ที่แจ้งไว้เมื่อวันก่อน และขออนุมัติ
เบิกค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียนเป็นจำนวนเงินละ 5,000 บาท x 2 คน รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 10,000 บาท
(หนึ่งหมื่นบาทถ้วน) รายละเอียด

จึงเรียนขอเสนอขอความเห็นชอบจากท่าน ผู้อำนวยการ

เรียน ขอแจ้งผลการพิจารณา
สิ่งที่บันทึกข้อความนี้
โดยให้ท่านพิจารณา จำนวน ๑๐,๐๐๐
บาทจากงบประมาณปี ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒
ที่ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
และ ๒๕๖๑ - ๒๕๖๒ จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
โดยให้ท่านพิจารณา จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท
โดยให้ท่านพิจารณา จำนวน ๑๐,๐๐๐ บาท

ตามนี้

ผู้อำนวยการส่วนการบริหารงานบุคคล
- ๙ เม.ย. ๒๕๖๒



หนังสือขออนุมัติตัวบุคคล

- * กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการอบรม ให้แนบหนังสือขออนุมัติการเปลี่ยนแปลงการอบรม เช่น เปลี่ยนวันจัดการอบรม, เปลี่ยนผู้เข้าอบรม
- * หลักฐานประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กำหนดการการลงทะเบียนเอกสารเกี่ยวกับการอบรม



หน่วยวิชาโรคไต ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Renal Division, Department of Medicine, Faculty of Medicine,
Chiang Mai University
อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200 โทร./แฟกซ์ (053) 895235
Tel & Fax : (053) 895235

เลขที่..... 2538.....

เล่มที่..... 051.....

ชื่อ-นามสกุลผู้อบรม.....

วันที่..... 31 มีนาคม 2547.....

ที่อยู่..... โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ 15 ม. 8 ดินแดง กรุงเทพมหานคร.....

โรงพยาบาลต้นสังกัด..... ร.เปรมฤทัย 11110.....

ใบเสร็จรับเงิน

จำนวน	รายการ	ราคา หน่วยละ	จำนวนเงิน
1	ค่าจ่าทะเบียนอบรมโรคไต พง จภ คณะพยาบาลวิชาชีพบัณฑิตวิทยาลัย 10 (ค่าลงทะเบียนต่อหัว) ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน - 30 มีนาคม 2547 รวมรวมแล้วเป็นเงินบาทถ้วน	55,000	55,000 -
- เงินให้ทุนสนับสนุน.....		รวมเงิน	55,000

ผู้รับเงิน.....

Think **TRANSFORM**

เอกสารขออนุมัติโครงการ



Think **TRANSFORM**



กำหนดการจัดโครงการและอบรมประชุม สัมมนา

กำหนดการโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ
"รู้ลึก เข้าใจ : การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยทางคลินิก"
 ในวันที่ 24 ธันวาคม 2562 เวลา 9.00 – 16.00 น.
 ณ ห้องประชุมสหภาพ กวีดาบงที่ 2 อาคารบริการ ชั้น 3

เวลา	หัวข้อการบรรยายและรูปแบบกิจกรรม	วิทยากร
08.30 - 09.00 น.	ลงทะเบียน	
09.00 - 12.00 น.	หัวข้อบรรยายและฝึกปฏิบัติ ☐ หลักการและเทคนิคการเขียนข้อเสนอโครงการที่ดี ☐ หลักการเขียนระเบียบวิธีวิจัย/วิธีดำเนินการวิจัย	
12.00 - 13.00 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
14.30 - 16.00 น.	หัวข้อบรรยายและฝึกปฏิบัติ ☐ การออกแบบการวิจัย และวิธีการเก็บข้อมูล ☐ เขียนเค้าโครงข้อเสนอโครงการวิจัย	

หมายเหตุ

- หัวข้อการอบรมอาจมีการเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสม
- รับประทานอาหารว่าง
 ช่วงเช้าเวลา 10.30 – 10.45 น.
 ช่วงบ่ายเวลา 14.20 – 14.35 น.

บัญชีลงชื่อผู้เข้าร่วมโครงการฯ

ใบลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรม " Open House to TUH ครั้งที่ 1/2566 "

ในวันเสาร์ที่ 7 มกราคม 2566 เวลา 08.00 – 16.00 น.
 ณ ห้องประชุมสหภาพ กวีดาบงที่ 1 อาคารบริการ ชั้น 3

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	ลายเซ็น
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		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		

ลงนามตัวบรรจงพร้อมลายเซ็นชื่อ
ผู้เข้าร่วมอบรม / ประชุม



- * หนังสือเชิญวิทยากร และหนังสือตอบรับจากวิทยากร
- * กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการจัดการอบรม ให้แนบหนังสือขออนุมัติการเปลี่ยนแปลงการจัดอบรม เช่น เปลี่ยนวันที่จัดการอบรม, เปลี่ยนผู้เข้าอบรม, เปลี่ยนสถานที่อบรม , เปลี่ยนเวลาจัดอบรม และเปลี่ยนแปลงรายการงบประมาณแต่ไม่เกินวงเงินที่ขออนุมัติ เป็นต้น
- * หลักฐานประกอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง



การเบิกค่าอาหารกลางวัน และ ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม

- ❖ เบิกจ่ายเท่ากับจำนวนบุคลากรที่เข้าอบรม / เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (ตามบัญชีรายชื่อ)
- ❖ ใบเสร็จรับเงิน และ บิลเงินสด (กรณีเป็นผู้ประกอบการ)
- ❖ ใบสำคัญรับเงิน (กรณีเป็นบุคคลทั่วไปที่ไม่ได้รับจ้างประจำและไม่มีใบเสร็จรับเงิน) แแนบพร้อมสำเนาบัตรประชาชน ให้ระบุอัตราต่อคนในใบสำคัญรับเงินด้วย เช่น 25 บาท ต่อ 1 คน เข้าร่วมโครงการ 10 คน ($25 \times 10 = 250$ บาท)



บิลเงินสดและใบสำคัญรับเงินค่าอาหาร

[illegible]

เขียนที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
ในสำนักผู้รับเงิน

วันที่ ๑3 เดือน พ.ค. ๒5๕๒

ข้าพเจ้า บ้านเลขที่
 ถนน อำเภอ/เขต
 จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ๑๑๑๑๐ โทรศัพท์
 ได้รับเงินจาก ตั้งรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
๑. ค่าอาหารกลางวัน ๑๐ คน x ๕๐ บาท (๒๕ พ.ค. ๕๒)	๕๕๐๐	-
รวมทั้งสิ้น	๕๕๐๐	-

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) - ๕๕๐๐ บาทถ้วน

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
 (.....)
 ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
 (.....)



การเบิกจ่ายค่าตอบแทนวิทยากร

❖ ให้ใช้ใบสำคัญรับเงินสำหรับค่าวิทยากรเท่านั้น พร้อมแนบหนังสือเชิญวิทยากร

- กรณีวิทยากรเป็นบุคคลภายในโรงพยาบาลโปรครระบุ ชื่อ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน ตำแหน่ง หน่วยงานให้ชัดเจนพร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน
- กรณีวิทยากรเป็นบุคคลภายนอกโรงพยาบาลโปรครระบุ ชื่อ ที่อยู่ตามบัตรประชาชน พร้อมแนบสำเนาบัตรประชาชน

การนับเวลาบรรยายของวิทยากร

- นับตามเวลาที่กำหนดในตารางการฝึกอบรม
- ไม่ต้องหักเวลาที่พักรับประทานอาหารว่าง
- แต่ละชั่วโมงการฝึกอบรมต้องไม่น้อยกว่า 50 นาที
- ชั่วโมงการอบรมไม่ถึง 50 นาที แต่ไม่น้อยกว่า 25 นาที ให้เบิกค่าสมนาคุณวิทยากรได้กึ่งหนึ่ง



- ตัวอย่าง การนับชั่วโมงวิทยากร เช่น

- ❖ วิทยากรบรรยายเวลา 9.00 น. ถึงเวลา 11.20 น. สามารถเบิกได้ 2 ชั่วโมง แต่ถ้าบรรยายเวลา 9.00 น. ถึงเวลา 11.30 น. สามารถเบิกได้ 2.30 ชั่วโมง
- ❖ วิทยากรบรรยายเวลา 9.00 น. ถึงเวลา 9.45 น. สามารถเบิกได้ ครึ่งชั่วโมง(30นาที) แต่ถ้าบรรยายเวลา 9.00 น. ถึงเวลา 9.50 น. สามารถเบิกได้ 1 ชั่วโมง



ใบสำคัญรับเงินค่าตอบแทนวิทยากร

ใบสำคัญรับเงิน สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม...งานนโยบายและแผน...
โครงการ/หลักสูตร...อบรมเชิงปฏิบัติการ "รู้ลึกเข้าใจ : การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยทางคลินิก"

วันที่ 24 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2562

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
หน่วยงาน..... คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ อยู่บ้านเลขที่
หมู่ที่ ถนน ตำบล/แขวง
อำเภอ/เขต จังหวัด กรุงเทพมหานคร รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์
ได้รับเงินจากโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
ค่าตอบแทนวิทยากร ตั้งแต่เวลา 09.00 – 12.00 น. ในโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ "รู้ลึก เข้าใจ : การเขียนข้อเสนอโครงการวิจัยทางคลินิก" (600 บาท/ชม. * 3 ชม. * 1 ท่าน)	1,800	
รวมทั้งสิ้น	1,800	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)หนึ่งพันแปดร้อยบาทถ้วน.....

ลงชื่อ ผู้รับเงิน

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

หมายเหตุ ๑. กรณีวิทยากรเป็นบุคลากรภายในโรงพยาบาลโปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ตำแหน่ง และหน่วยงานให้ครบถ้วน
๒. กรณีวิทยากรเป็นบุคลากรภายนอกโรงพยาบาลโปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน





ค่าใช้จ่ายที่จ่ายให้บุคคลภายนอก เช่น ค่าตอบแทน ค่าอาหาร ฯลฯ

ซึ่งตามลักษณะไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ ให้กรอกใบสำคัญรับเงิน ระบุชื่อ นามสกุล ที่อยู่ตามบัตรประชาชน ให้ชัดเจนพร้อมแนบบัตรประชาชนด้วย

ใบสำคัญรับเงิน สำหรับวิทยากร		
ชื่อส่วนราชการ/ผู้ติดต่อรวม.....		
โครงการ / หลักสูตร.....		
ข้าพเจ้า.....	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
หน่วยงาน.....	ตำแหน่ง.....	
ถนน.....	ตำบล/แขวง.....	อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....	รหัสไปรษณีย์.....	โทรศัพท์.....
ได้รับเงินจาก.....		
ได้รับเงินจาก.....		
รายการ.....		
จำนวนเงิน		
บาท	สต.	
รวมทั้งสิ้น		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)		
ลงชื่อ.....		ผู้รับเงิน
(.....)		
ลงชื่อ.....		ผู้จ่ายเงิน
(.....)		

หมายเหตุ. ๑. กรณีวิทยากรเป็นบุคลากรภายในโรงพยาบาลโปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ตำแหน่ง และหน่วยงานให้ชัดเจน
๒. กรณีวิทยากรเป็นบุคคลภายนอกโรงพยาบาลโปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน

เขียนที่ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ		
ใบสำคัญรับเงิน		
ข้าพเจ้า.....	วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....	
ตำแหน่ง.....	บ้านเลขที่.....	หมู่ที่.....
ถนน.....	ตำบล/แขวง.....	อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....	รหัสไปรษณีย์.....	โทรศัพท์.....
ได้รับเงินจาก.....		
รายการ.....		
จำนวนเงิน		
บาท	สต.	
รวมทั้งสิ้น		
จำนวนเงิน (ตัวอักษร)		
ลงชื่อ.....		ผู้รับเงิน
(.....)		
ลงชื่อ.....		ผู้จ่ายเงิน
(.....)		



แบบฟอร์ม
ใบสำคัญรับเงิน



การเบิกค่าเช่าที่พัก

ใบเสร็จรับเงินค่าเช่าห้องพักของโรงแรม

ใบแจ้งรายการของโรงแรม (FOLIO)

บริษัท แกลเลอรี พร็อพเพอร์ตี้ จำกัด
1199 ถนนพหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10000
(045) 611999, 061-6969789 สำนักงานใหญ่
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0335556000201

ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี
เลขที่ HS6211267

ลูกค้า ร-130
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ
95 หมู่ 8 ตำบลคลองหลวง
อำเภอคลองหลวง
จังหวัดปทุมธานี 12120
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000160861

วันที่ 24/11/62

No.	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคารวมภาษี
1	40-001 ค่าห้องพัก 23 Nov 62 1 คืน	43.ห้อง	1,000.00	43,000.00
หมายเหตุ 43 ห้อง				รวมเงิน 43,000.00
เช่า 23/11/62 ถึง 24/11/62				หักเงินมัดจำ 0.00
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น				43,000.00
จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7.0%				2,813.08
คำอธิบาย: (สิ้นวันสามพันบาทถ้วน)				รวมภาษี 40,186.92

ชำระโดย ()เงินสด ()บัตรเครดิต ()บัตรเดบิต ()เช็ค

ลูกค้า รับ (กรุณาลงนามลงนามลูกค้า) DESIGN HOTEL

พิมพ์โดย FERN พิมพ์โดย FERN

Folio

Name ชื่อลูกค้า โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ Issue Date: ออกเมื่อ 24 Nov. 62
Address ที่อยู่ 95 หมู่ 8 ตำบลคลองหลวง อำเภอคลองหลวง Folio No. เลขที่ใบแจ้ง 001/0191162
จังหวัดปทุมธานี 12120 Cable Name ชื่อลูกค้า
Check in Date/เช็คอินเมื่อ 23 Nov. 62
Check out Date/เช็คเอาท์เมื่อ 24 Nov. 62
Night/จำนวนคืน 1
Rate Type/ชนิดอัตราค่าเช่า

เลขที่ใบแจ้ง 09940000160861

No.	รายละเอียด	ราคา	จำนวนห้องพัก	จำนวนคืน	Total
1	No.001/0191162(In 23Nov.62 Out 24Nov.62) (In 2562 Out 2562)	1,000	43	1	43,000

Send amount to

I agree that my liability for this bill is not waived and agree to be held personally liable in the event that the indicated person, company or association fails to pay for any part or the full amount of these charges.

By deposit of charge instructions, I acknowledge that I am personally liable for the payment of the above statement.

Signature of Guest's Signature:

วันที่ออกใบแจ้ง 24 Nov 62 ออกใบแจ้ง 24 Nov 62 เลขที่ใบแจ้ง 001/0191162

ชื่อ/นามสกุล (ในวงเล็บ)

โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วันเข้าพัก	วันออก	ห้อง	ประเภทห้อง
1		23/11/2019	24/11/2019	403	คู่
2		23/11/2019	24/11/2019	404	คู่
3		23/11/2019	24/11/2019	405	คู่
4		23/11/2019	24/11/2019	406	คู่
5		23/11/2019	24/11/2019	415	เดี่ยว
6		23/11/2019	24/11/2019	416	เดี่ยว
7		23/11/2019	24/11/2019	501	เดี่ยว
8		23/11/2019	24/11/2019	502	คู่
9		23/11/2019	24/11/2019	503	คู่
10		23/11/2019	24/11/2019	504	คู่
11		23/11/2019	24/11/2019	505	คู่
12		23/11/2019	24/11/2019	506	คู่
13		23/11/2019	24/11/2019	511	คู่
14		23/11/2019	24/11/2019	512	คู่



การเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานอื่นๆ ที่อยู่ในโครงการ

- ❖ ใบเสร็จรับเงิน ระบุว่า "ขอรับรองว่าใช้ในราชการจริง" พร้อมเซ็นชื่อกำกับทุกฉบับ
- ❖ บิลเงินสด ระบุว่า "ขอรับรองว่าใช้ในราชการจริง" พร้อมเซ็นชื่อกำกับทุกฉบับ



2	
ได้ตรวจสอบหลักฐานการบันทึกที่แนบมาพร้อมแล้ว เห็นว่าการอนุมัติให้ยื่นคำขอได้	อนุมัติให้จำนำได้
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....

Year 2019

- Think **TRANSFORM**



การเบิกค่าพาหนะ



การเดินทางโดยเครื่องบิน

- † ใบเสร็จรับเงิน, ใบรับเงินที่แสดงรายละเอียดการเดินทาง (Itinerary Receipt) และกากบัตร์โดยสาร (BOARDING PASS) หรือ BOARDING PASS ที่ส่งผ่านทางระบบอิเล็กทรอนิกส์

ยกเว้นค่าบริการเลือกที่นั่ง ค่าบริการอาหารและเครื่องดื่ม ค่าประกันชีวิตหรือค่าประกันภาคสมัครใจ ไม่สามารถเบิกจ่ายได้

- † การเดินทางชั้นประหยัด

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินค่าตัวเครื่องบิน และ **Boarding pass**

สาย โทรมาสเตอร์ (สายฟรี 0-2000)
 Thai Airasia Company Limited
 เลขที่ 99 หมู่ 125 ซ.พหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10115
 เลขที่ 9 ซ.พหลโยธิน แขวงจตุจักร กรุงเทพฯ 10115
 TAX ID 0185546113884

Air Asia

เลขที่ ORIGINAL

ใบรับชำระเงิน/ใบกำกับภาษี
RECEIPT/TAX INVOICE

วันที่ 21-Sep-2018
Date

ข้อมูลผู้ขาย
 Customer/Address

โรงแรมแกรนด์ไฮแอทเอเซียเมืองไทย 219 ถนนวิภาวดี
 95 หมู่ 6 แขวงจตุจักร
 จ.พญาไท กรุงเทพฯ 10110
 เลขโทรศัพท์: 0994000160861

เลขที่ IV1809060800-12360
Invoice No.

จำนวน 18090608000015259
Qty.

ลำดับ SEQ	สัญญา Contract	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคา/หน่วย Price	จำนวนเงิน Amount
1		เที่ยวบิน (RT/THANN) FD3102 DMK-HDY 26/09/2018 06:45 - 26/09/2018 08:10 ✓ FD3105 HDY-DMK 26/09/2018 16:10 - 26/09/2018 17:40 ✓ PASSENGER 2 PAX			2,036.44
					2,776.44

รวมทั้งสิ้น **4,812.88**

ภาษีมูลค่าเพิ่ม (7%) **336.92**

จำนวนรวมรวม **5,149.80**

จำนวนเงิน **400.00**

จำนวนรวม **0.00**

จำนวนรวมสุทธิ **5,549.80**

บริการลูกค้า (ศูนย์บริการ) จำนวนเงินค่าบริการลูกค้า (ค่าบริการ) ✓

บริการ Counter Service

Thb 5,549.80

Bank Transfer เลข. 02-515-9999
 Website : <http://www.airasia.com>
 *โปรดชำระเงินด้วยใบกำกับภาษีนี้**
 @# ขอขอบคุณ / Thank you @#

ผู้ขาย
 Koonwongjit
 @Binu
 AIR Collector ✓

26-Sep-2018

บริษัท ปภส. จำกัด (มหาชน)
Public Company Limited
 173 หมู่ 7 ตำบลวัดใหม่ 17 ถนนสายใหม่
 ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต 81010
 โทร. 1318 โทรสาร 0 2959-4813
 ภูเก็ต Business 17th Floor,
 South Rattana Road, Vachana,
 Sathun, Bangkok 10120
 Tel. 1318 Fax 0-2959-4813



ใบเสร็จรับเงินใบกำกับภาษี
RECEIPT/TAX INVOICE
สมุดบันทึก ORIGINAL

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / TAX ID No. 0107555000204
 เลขที่ / No. TP 0118180292
 วันที่ / Date 17 October 2018

00000 - บริการโรงแรม / Head Office

อ้างถึงเลขที่ใบกำกับภาษีเดิม (Refer to Tax Inv (ARB) No. : AB-CS-HO181017018)

ได้รับจาก / Received From :		ถึง / To :	
เลขประจำใบ / Pay Code เลขการจอง / Reservation	81024011 DD TTY 0001	เลขการจอง / PNR No. เลขการจอง / Booking No.	J3RKY เลขเวลา / Payment by : 88085590 เวลา / Time :
วันที่รับ / Flight		วันที่รับ / Booking	
DD8214	DON MUANG DMK - MAE HONG SON HGN ✓	28/11/18 ✓	
DD8215	MAE HONG SON HGN - DON MUANG DMK ✓	30/11/18 ✓	

ชื่อผู้รับ / Passenger Name

	รวม / Total
ค่าโดยสารและค่าธรรมเนียม / Airfare and Other Fees	5,229.38
ค่าอาหารและเครื่องดื่ม / Food and Beverage	0.00
ค่าสัมภาระเกินกำหนด / Excess Baggage Fee	0.00
ค่าสมาชิก / NFC Member Fee	0.00
อื่นๆ / Others	0.00
ส่วนลด / Discount	5,229.38
รวมก่อนภาษีมูลค่าเพิ่ม / Total amount before VAT	366.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT	5,895.44
รวมก่อนภาษีขาออก / Total amount including VAT	150.00
ภาษีสนามบิน / Airport Tax (Non VAT)	0.00
ค่าเดินทาง / Other Transportation Fee (Non VAT)	0.00
รวม / Miscellaneous	8,745.44
รวม / Total amount received	

ผู้รับ / By/

173 หมู่ 7 ตำบลวัดใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดภูเก็ต

ได้รับ / Received

วันที่รับ / Received Date

ใบเสร็จรับเงินใบกำกับภาษีฉบับนี้ใช้ได้เฉพาะกรณีที่บริษัทมีหน้าที่หักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย (Withholding Tax) เท่านั้น หากบริษัทไม่มีหน้าที่หักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย (Withholding Tax) บริษัทจะไม่หักภาษีเงินได้ ณ ที่จ่าย (Withholding Tax) จากใบเสร็จรับเงินใบกำกับภาษีฉบับนี้

This document shall be considered as Receipt/Tax Invoice only when the company has duty to withhold income tax. If the company does not have the duty to withhold income tax, the company will not withhold income tax from this Receipt/Tax Invoice.

AirAsia Boarding Pass

Guest Copy



Flight No: AK 855

Boarding Time: 0830

Date: 8 Seat: 1B

07/Jan/16	PUMCOE	Seat143
-----------	--------	---------

Depart: Chiang Mai 0910

Arrive: Kuala Lumpur Klia2 1300

SSR Codes:

PBAK / H/L / N/A / / / / /

Seated B's:

08C7506950

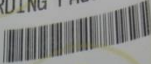
Total Bag(s) Weight: 6Kilograms

*** REMINDER ***

BOARDING GATE CLOSING 20 MINUTES PRIOR TO DEPARTURE. AIRASIA RESERVES THE RIGHT TO ADJUST BOARDING ONCE GATE CLOSING.

THANK YOU FOR FLYING AIRASIA!

BOARDING PASS



DOB826
SEQ:40

30JUL
6566439

DMK
17:56:06

S
33K
SARAB

Flight
DOB826

Gate
63

Baggage Tags 0

>> TEL

Date
30JUL

Boarding Time
19:00

pc(s) 0.0

Weight
33K

Class
S

kg(s)
()

Note
- Please be at the departure gate before boarding time

Seq:40

6566439

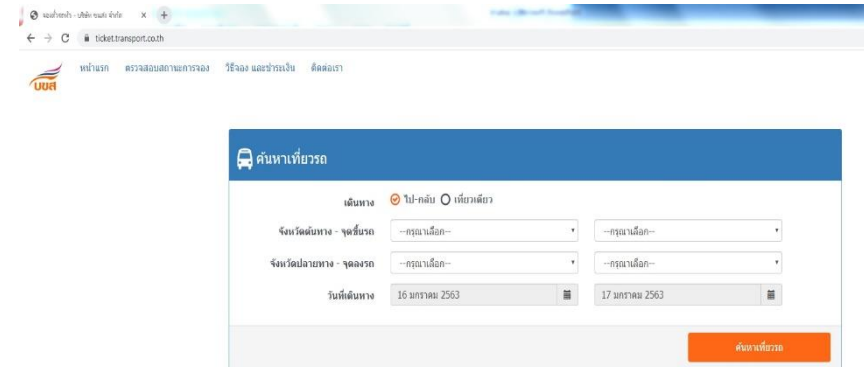
17:56:06

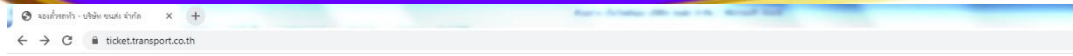
SARAB

*Remarks

-In case of any damage to checked baggage,Nok Airlines will compensate only actual damages BUT in any case not more than 500 or equivalent.

การเข้าเว็บไซต์ของ บริษัท ขนส่ง จำกัด (บขส.)





ค้นหาเที่ยวรถ

เส้นทาง ☒ ไป-กลับ ☐ เที่ยวเดียว

จังหวัดต้นทาง - จุดขึ้นรถ กรุงเทพมหานคร กรุงเทพมหานคร (หมอชิตใหม่2)

จังหวัดปลายทาง - จุดลงรถ ขอนแก่น สถานีขนส่งผู้โดยสาร จ.ขอนแก่น

วันที่เดินทาง 29 มกราคม 2563 31 มกราคม 2563

ค้นหาเที่ยวรถ

เลือกเที่ยวรถ

เที่ยวไป กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร (หมอชิตใหม่2) → ขอนแก่น : สถานีขนส่งผู้โดยสาร จ.ขอนแก่น
 วันออก 29, 29 มกราคม 2563

รถออกเวลา	สายทาง	เส้นทาง	มาตรฐาน	จำนวนที่นั่ง	ราคา
☐ 20:40 น.	0023	กรุงเทพฯ - หมอชิต	ม.4ข	45	340

เที่ยวกลับ ขอนแก่น : สถานีขนส่งผู้โดยสาร จ.ขอนแก่น → กรุงเทพมหานคร : กรุงเทพมหานคร (หมอชิตใหม่2)
 วันออก 31, 31 มกราคม 2563

รถออกเวลา	สายทาง	เส้นทาง	มาตรฐาน	จำนวนที่นั่ง	ราคา
☐ 20:20 น.	0023	กรุงเทพฯ - หมอชิต	ม.4ข	26	340

ผู้เบิกลงนาม
รับรองเอกสาร



การเดินทางโดยรถไฟและรถโดยสารประจำทาง

- † กากั่วโดยสาร
- † ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก.111)



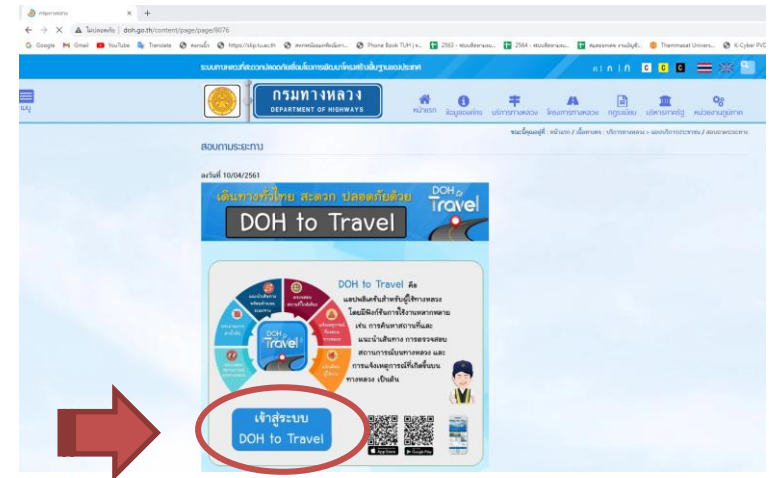
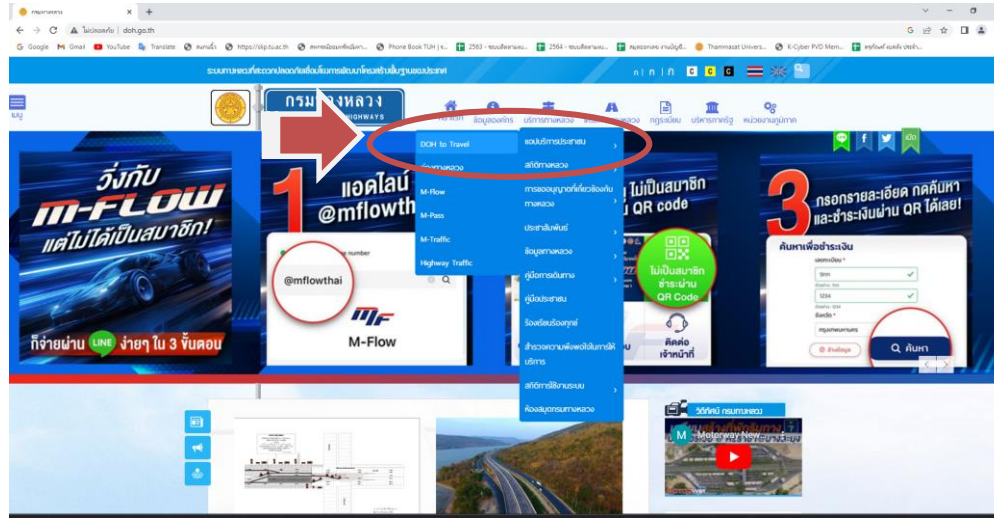
การเดินทางโดยรถยนต์ส่วนตัว

- † บันทึกขออนุมัติตัวบุคคลเข้าอบรม ประเภทค่าใช้จ่ายค่าพาหนะ โปรตระบุ ดังนี้ 1. ใช้รถยนต์ส่วนตัวไปราชการ
- 2. เจ้าของรถ 3. ทะเบียนรถ 4. ยี่ห้อรถ
- † อัตราคเชย รถยนต์ กม.ละ 4 บาท/ รถจักรยานยนต์ กม.ละ 2 บาท
- † คำนวณระยะทางเพื่อเบิกเงินตามเส้นทางของกรมทางหลวง
- † สำเนาสมุดทะเบียนรถ พร้อมลงนามรับรองสำเนาถูกต้อง
- † ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (แบบ บก.111)
- † ใบเสร็จรับเงินค่าน้ำมันรถ





การเข้าเว็บไซต์ของ กรมทางหลวง





ตัวอย่างใบเสร็จรับเงินค่าน้ำมันรถ

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)..... (หนึ่งพันสี่ร้อยบาทถ้วน).....
 ข้าพเจ้า นาย ก ฤทธาธิ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป
 ตั้งถิ่นฐาน ณ บ้านเกิดภูมิลำเนา อำเภอ..... จังหวัด.....
 ในเมื่อชื่อจริงในเอกสารนี้ได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายใบในงานราชการโดยหนังสือถูกต้องตามกฎหมายมาอยู่ประจำการ
 (ลงชื่อ)
 (.....)

สถานีบริการน้ำมันคุณภาพ

บริษัท สถานีบริการน้ำมันคุณภาพ จำกัด
GOOD QUALITY OIL STATION CO.,LTD.

50/555 หมู่5 ซอยลาดกระบัง55 ถนนลาดกระบัง
ด.ราชเทวี แขวง อ.บางพลี จ.สมุทรปราการ 10540

โทรศัพท์ : 02-329-5555 FAX : 02 727 7777
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0115544990123
สาขาที่ออกใบกำกับภาษี สำนักงานใหญ่ อีราภาสง 7%

ใบเสร็จรับเงิน / ใบกำกับภาษี

วันที่ 22/01/2561
เวลา 21:45

เลขที่ใบกำกับภาษี
IV62/01-00001

ผู้ซื้อ : บริษัท ลูกค้าสายงาน 3ทพ3555 จำกัด

Tax ID ผู้ซื้อ 3100155123133 สาขา สำนักงานใหญ่

ที่อยู่ 546/455 ถนนกิ่งแก้ว ตำบลราชาเทวะ
อำเภอเมืองสมุทรปราการ

เลขทะเบียนรถ : 3ทพ3555 กรุงเทพมหานคร

รายการ	จำนวน	ราคา	จำนวนเงิน
แก๊สโซลีน E20	33.91	23.59	800.00

มูลค่าสินค้า 747.66

ภาษีมูลค่าเพิ่ม 52.34

รวมเงินทั้งสิ้น 800.00

Cashier : Administrator

****Thank you Please come again****

****ขอขอบคุณที่ใช้บริการ****

ที่มา : กรมสรรพากร

ที่มา : กรมสรรพากร



กรณีที่หลักฐานการจ่ายเป็นภาษาต่างประเทศ ให้มีคำแปลเป็นภาษาไทยไว้ด้วย และให้ผู้เบิกเงินลงลายมือชื่อรับรองคำแปล

อ้างอิง

- ระเบียบกระทรวงการคลัง ว่าด้วยการเบิกเงินจากคลัง การรับเงิน การจ่ายเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินส่งคลัง พ.ศ. 2562 ข้อ 42 วรรคสอง
- ประกาศมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ เรื่อง หลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการรับเงิน การจ่ายเงิน และการเก็บรักษาเงินรายได้ของมหาวิทยาลัย พ.ศ.2554 ข้อ 14 วรรคสอง



ตัวอย่างหลักฐานการจ่ายที่เป็นภาษาต่างประเทศ และคำแปลเป็นภาษาไทย

SCIENTIFIC MEDITECH Nephrology Webinar 2021
International Webinar on Nephrology, Urology and Kidney Failure
May 14-15, 2021 | Webinar (Online Meeting)

PAYMENT RECEIPT

Receipt# IWNUK-023
Date of Payment: January 22, 2021
Payment Method: PayPal
Transaction ID: [REDACTED]

Scientific Meditech
61 Bridge Street, Kingston HR53DJ, UK
Phone: +44-7451227532
Mail: finance@scientificmeditech.com

Billing To		Shipping To	
Name :	[REDACTED]	Name :	[REDACTED]
Address :	[REDACTED]	Address :	Thammasat University Hospital
Country :	Thailand	Country :	Thailand
Phone :	[REDACTED]	Phone :	[REDACTED]
E-Mail :	[REDACTED]	E-Mail :	[REDACTED]

Ssn	Description	Currency	Amount
1	Only Registration	USD	99
Total Amount			99 USD

Additional Details:

* This is computer generated receipt. Signature is not necessary.
* If you have any questions or concerns with this order, please mail to: finance@scientificmeditech.com

Scientific Meditech
61 Bridge Street, Kingston HR53DJ, UK | Phone: +44-7451227532



เครื่องหมายฉบับนี้
จ่ายเพื่อชำระค่าบริการผ่านเว็บไซต์ของทางเรา ตั้งแต่วันที่ 14-15 พฤษภาคม 2021 (การประชุมออนไลน์)
วันที่ 14-15 พฤษภาคม 2021 | ประชุมผ่านเว็บ (การประชุมออนไลน์)

ใบเสร็จรับเงิน

ใบเสร็จ # IWNUK-023
วันที่ชำระเงิน: 22 มกราคม 2021
วิธีการชำระเงิน: เครดิต
หมายเลขการชำระเงิน: [REDACTED]

โทรโมเมดิค เมดิเทค
61 ถนนบริดจ์สตรีท - HR53DJ,
สหราชอาณาจักร
โทร: +44-7451227532
อีเมล: finance@scientificmeditech.com

ข้อมูลผู้ชำระเงิน		ข้อมูลผู้รับเงิน	
ชื่อ :	[REDACTED]	ชื่อ :	[REDACTED]
ที่อยู่ :	[REDACTED]	ที่อยู่ :	[REDACTED]
ประเทศ :	ไทย	ประเทศ :	ไทย
โทรศัพท์ :	[REDACTED]	โทรศัพท์ :	[REDACTED]
อีเมล :	[REDACTED]	อีเมล :	[REDACTED]

หมายเลข	คำอธิบาย	สกุลเงิน	จำนวน
1	ค่าธรรมเนียมการลงทะเบียน	ดอลลาร์สหรัฐ	99
รวมเป็นเงิน		ดอลลาร์สหรัฐ	99 หรือเก้าสิบเก้าดอลลาร์

ข้อมูลเพิ่มเติม
* ใบเสร็จรับเงินนี้ถูกสร้างขึ้นโดยคอมพิวเตอร์และไม่จำเป็นต้องมีลายเซ็น
* หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับใบเสร็จรับเงินนี้ กรุณาติดต่ออีเมล: finance@scientificmeditech.com

โทรโมเมดิค เมดิเทค
61 ถนนบริดจ์สตรีท - HR53DJ สหราชอาณาจักร | โทร: +44-7451227532

ใบเสร็จรับเงิน
วันที่รับเงิน
จาก [REDACTED] บริษัท [REDACTED]



ตัวอย่างหนังสือตราประทับเข้าออก



ผู้เบิกลงนาม
รับรองเอกสาร



อัตราแลกเปลี่ยน



กรณีมีหลักฐานการ
แลกเปลี่ยนกับธนาคาร
ให้อัตราวันที่แลก
ก่อนออกเดินทางเป็น
อัตราเดียว โดยแนบ
หลักฐานการแลกเปลี่ยน
กับธนาคาร

กรณีไม่มีหลักฐานการ
แลกเปลี่ยนกับธนาคาร
ให้อัตราธนาคารแห่ง
ประเทศไทย ๑ วันทำ
การก่อนเดินทาง

กรณีใช้บัตรเครดิต ให้
ให้อัตราตามใบแจ้งยอด
โดยแนบหลักฐานใบ
แจ้งยอดของบัตรเครดิต



ว๑๑๙ แนวทางปฏิบัติในการดำเนินการจัดหาพัสดุที่เกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการฝึก
อบรม การจัดงาน และการประชุมของหน่วยงานรัฐ โดยให้ดำเนินการ ดังนี้

๑. ใช้กับกรณีการ
จัดซื้อจัดจ้างพัสดุ
ครั้งหนึ่งไม่เกิน
๑๐,๐๐๐ บาท

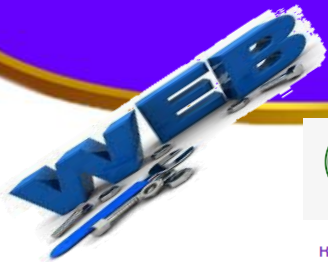


๒. ให้ผู้เบิกเสนอ
ผู้อำนวยการภายใน
๕ วันทำการถัดไป
หลังจากวันที่ใน
ใบเสร็จรับเงิน



๓. เมื่อผู้อำนวยการ
ให้ความเห็นชอบแล้ว
ให้ถือเป็นหลักฐาน
ในการตรวจรับ
โดยอนุโลม

การเบิกค่าใช้จ่ายจะต้องปฏิบัติตามแนวทางของ ว.119 ในรายการตามตารางหมายเลข 1 และตารางหมายเลข 2



งานบัญชี สพร.
โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

โทร 02-926-9336

หน้าหลัก เกี่ยวกับเรา ▼ ติดต่อเรา ข่าวประชาสัมพันธ์ ระเบียบ/แบบฟอร์ม ▼ กิจกรรม / ผลงาน ▼

ค้นหา...

ค้นหา



เงินยืมถาวร
รายการ



แบบฟอร์มเงินยืม
ถาวรรายการ



บันทึกขออนุมัติเงิน
ยืมถาวรรายการ



แบบฟอร์มการเบิก
สำรองจ่ายเงิน



แบบฟอร์มขอสลบ
ค่าตอบแทน



THAILAND QUALITY CONFERENCE
22

BP - 55 พัฒนาระบบเงิน
ยืมถาวรรายการเชิงรุก

> บทความฉบับย่อ
> บทความฉบับเต็ม
> Presentation



Power BI
OKRs ปี 2565
OKRs ปี 2566 20-2-23
ผู้ประสงค์เข้าถึง เฉพาะ MAIL
@TU.AC.TH เท่านั้น



Profit loss
statement 65
statement 65 20-
2-66



กำหนดการจ่าย
เงินเดือน



กำหนดการขอ
หนังสือภาษี ณ ที่
จ่าย (50 กว)





ช่องทางการติดต่อ- สอบถาม



Line “ เงินยิ้ม ” รพธ.



ติดต่อ - สอบถาม
เงินยิ้มทศรธองราชการ



หากมีข้อสงสัย สามารถติดต่อสอบถามได้ที่ งานบัญชี ชั้น 7

พัชยา เบอร์ติดต่อ. 8028

อุษณีย์ เบอร์ติดต่อ. 8033



ขอบคุณค่ะ!

