หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ **กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ตึก.....**

ส่วนราชการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อัตราค่าตอบแทน (วันละ)	วัน/เวลา ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ					รวมวันเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงินเต็ม	หักภาษี 5%	คงเหลือ	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
								วันปกติ	วันหยุด	ชั่วโมง				

รวมเงินจ่ายเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

(ลงชื่อ).....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน

(.....)