หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ **ตึก.....**

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

เบิกตามฎีกาที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ																															รวมเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงินเต็ม	หักภาษี ณ ที่จ่าย 5%	คงเหลือ	ลายมือชื่อผู้รับเงิน
			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	วันปกติ	วันหยุด	ชั่วโมง				

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น.....บาท (.....)

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับรอง

(.....)

ลงชื่อ.....หัวหน้าผู้ควบคุม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

ตารางการลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ลำดับ	วันเดือนปี	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	เวลามา	ลงชื่อ	เวลากลับ	ลงชื่อ