

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

กลุ่มงาน/ฝ่าย/งาน/ตึก.....

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

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	อัตราค่าตอบแทน (วันละ)	วัน/เวลา ที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ					รวมวันเวลาปฏิบัติงาน			จำนวนเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วันเดือนปี ที่รับเงิน
								วันปกติ	วันหยุด	ชั่วโมง			

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

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

(ลงชื่อ).....หัวหน้าผู้ควบคุม
(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
(.....)