หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลา

ส่วนราชการ โรงพยาบาลพังงา จังหวัดพังงา ประจำเดือน .....

เบิกตามฎีกา.....ลงวันที่.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ตำแหน่ง	อัตราค่าตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลา	รวมวัน	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ว.ด.ป. ที่รับเงิน
	รวม							

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (.....) ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

ขอรับรองว่า ผู้ที่รับเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาดังกล่าวได้ปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

ลงชื่อ..... ผู้ควบคุม ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ