

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลรามาธิบดีสงขลา ประจำเดือนพ.ศ.....

[illegible]

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน.....ลายมือชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน.....

หมายเหตุ ส่วนราชการสามารถเพิ่มเติมรายละเอียดอื่น ๆ ได้ตามความจำเป็นและเหมาะสม