



## บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม โทร. ๐ ๔๓๗๗ ๗๙๗๒ ต่อ ๑๐๙

ที่ มค ๐๐๓๒.๐๐๒/- วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าเดินทางไปราชการ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตามที่อนุมัติให้ .....ตำแหน่ง..... และคณะ  
เดินทางไปราชการเพื่อ.....

ในวันที่ ..... ณ .....

บัดนี้ การไปราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นแล้ว จึงใคร่ขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไป  
ราชการของคณะ รวมเป็นเงินทั้งสิ้น ..... บาท (.....) โดยสั่งจ่ายเช็คในนาม  
.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

( ..... )

ตำแหน่ง .....

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

-เห็นควรอนุมัติ

สัญญาเงินยืมเลขที่ .....-.....วันที่.....-.....  
ชื่อผู้ยืม.....-.....จำนวนเงิน.....-.....บาท

ส่วนที่ ๑  
แบบ ๘๗๐๘

### ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

ที่ทำการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ  
เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ตามคำสั่ง/บันทึก.....ลงวันที่.....ได้อนุมัติให้  
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....และคณะ  
สังกัด.....สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม.....  
เดินทางไปปฏิบัติราชการ.....  
เพื่อ.....  
ในวันที่.....  
โดยออกเดินทางจาก ☐ บ้านพัก ☐ สำนักงาน ☐ ประเทศไทย ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....  
เวลา.....น. และกลับถึง ☐ บ้านพัก ☐ สำนักงาน ☐ ประเทศไทย  
วันที่.....เดือน.....พ.ศ..... เวลา.....น. รวมเวลาไปราชการครั้งนี้.....วัน.....ชั่วโมง.....นาที

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการสำหรับ ☐ ข้าพเจ้า ☐ คณะเดินทาง ดังนี้  
ค่าเบี้ยเลี้ยงเดินทางประเภท.....จำนวน.....คน จำนวน.....วัน รวม.....บาท  
ค่าเช่าที่พักประเภท.....จำนวน.....คน จำนวน.....วัน รวม.....บาท  
ค่าพาหนะ..... รวม.....บาท  
ค่าใช้จ่ายอื่น.....-.....บาท  
รวมเงินทั้งสิ้น.....บาท  
จำนวนเงิน (ตัวอักษร).....(.....).....

ข้าพเจ้าขอรับรอง ว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริง และหลักฐานการจ่ายที่ส่งมาด้วย  
จำนวน.....ฉบับ รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎหมายทุกประการ

ลงชื่อ.....ผู้ขอรับเงิน  
(.....)  
ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจสอบหลักฐานการเบิกจ่ายเงินที่แนบถูกต้องแล้ว เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้	อนุมัติให้จ่ายได้
ลงชื่อ..... (.....)	ลงชื่อ..... (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....

ได้รับเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ จำนวน.....บาท  
(.....) ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน (.....)	ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน (.....)
ตำแหน่ง.....	ตำแหน่ง.....
วันที่.....	วันที่.....
จากเงินยืมตามสัญญาเลขที่.....-.....วันที่.....-.....	

หมายเหตุ.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- คำชี้แจง**
๑. กรณีเดินทางเป็นหมู่คณะและจัดทำใบเบิกค่าใช้จ่ายรวมฉบับเดียวกัน หากระยะเวลาในการเริ่มต้นและสิ้นสุดการเดินทางของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ให้แสดงรายละเอียดของวันเวลาที่แตกต่างกันของบุคคลนั้น ในช่องหมายเหตุ
  ๒. กรณียื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรายบุคคล ให้ผู้ขอรับเงินเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงินและวันเดือนปีที่รับเงิน กรณีที่มีการยืมเงิน ให้ระบุวันที่ได้รับเงินยืม เลขที่สัญญายืมและวันที่อนุมัติเงินยืมด้วย
  ๓. กรณีที่ยื่นขอเบิกค่าใช้จ่ายรวมเป็นหมู่คณะ ผู้ขอรับเงินมีต้องลงลายมือชื่อในช่องผู้รับเงิน ทั้งนี้ ให้ผู้มีสิทธิแต่ละคนลงลายมือชื่อผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงิน (ส่วนที่ ๒)

ส่วนที่ ๒

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปราชการ

แบบ ๘๗๐๘

ชื่อส่วนราชการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ.....ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง	ค่าใช้จ่าย				รวมเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	หมายเหตุ
			ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าเช่าที่พัก	ค่าพาหนะ	ค่าใช้จ่ายอื่น				
รวมเงิน			๔,๐๘๐	-	-	-	๔,๐๘๐	ตามสัญญาเงินยืม .....		

จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
(..... )

คำชี้แจง ๑. ค่าเบี้ยเลี้ยงและค่าเช่าที่พักให้ระบุอัตราวันละและจำนวนที่ขอเบิกของแต่ละคนในช่องหมายเหตุ

ตำแหน่ง ..

๒. ให้ระบุสิทธิแต่ละคนเป็นผู้ลงลายมือชื่อผู้รับเงิน และวัน เดือน ปี ที่ได้รับเงิน กรณีเป็นการรับจากเงินยืม  
ให้ระบุวันที่ที่ได้รับเงิน

วันที่ ...../...../.....