

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
 ชื่อส่วนราชการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑ ประจำเดือน ม.ค.๒๕๖๔..... ๒๕๕๘.

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	วันที่ปฏิบัติงาน		รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน		ว.ด.ป. ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	หมายเหตุ
		๒๕	๒๖	วันปกติ (ชั่วโมง)	วันหยุด (ชั่วโมง)					
1	นางสาว ชรรณพร	/	/		12	720				
รวม						12 ชม.	720.			

รวมจ่ายเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (๑๒,๐๐๐.๐๐ บาท).....

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