บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชัยภูมิ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ 36000

ที่ ...../..... วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินตามโครงการ/กิจกรรมขออนุญาตปฏิบัติราชการ (√)นอกเวลาราชการในวันทำงานปกติ(ล่วงเวลา)

เรียน รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ ประจำวิทยาเขตชัยภูมิ

ตามที่วิทยาเขตได้อนุมัติให้.....

ปฏิบัติงานตามโครงการ/กิจกรรม.....ขออนุญาตปฏิบัติราชการ (√)นอกเวลาราชการในวันทำงานปกติ(ล่วงเวลา) ..... ระหว่างวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ถึงวันที่..... เดือน.....พ.ศ.....รวม.....วัน ตามโครงการ/กิจกรรม.....โดยใช้เงินค่าใช้จากแผนงาน ฝ่าย / คณะ..... เป็นเงิน.....บาท(.....) ตามหลักฐานที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

.....ผู้ขอเบิก

(.....)

.....หัวหน้างาน.....

(.....)

.....ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่าย/รองคณบดีคณะ.....

(.....)

ได้ตรวจสอบโครงการ / กิจกรรมดังกล่าวข้างต้นแล้ว

( ) อยู่ในแผนปฏิบัติการประจำปีของวิทยาเขตได้รับอนุมัติให้ดำเนินการแล้วเห็นควรอนุมัติให้เบิกเงินค่าใช้จ่ายดังกล่าวจากเงิน

( ) งบประมาณ ( ) รายได้ ( )อื่นๆ.....

หมวดรายจ่าย.....ซึ่งมีเงินคงเหลือ.....บาท จ่ายครั้งนี้.....บาท

คงเหลือทั้งสิ้น.....บาท

( ) ไม่สมควรอนุมัติเพราะ.....

.....หัวหน้างานแผนและงบประมาณ

.....ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายแผนและพัฒนา

( ) เห็นสมควรอนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายข้างต้นจากเงิน ( ) งบประมาณ ( ) รายได้ ( ) อื่นๆ.....

( ).....

.....เจ้าหน้าที่การเงิน...../...../.....

.....หัวหน้างานการเงินและบัญชี...../...../.....

.....ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายบริหาร...../...../.....

คำสั่ง ☐ อนุมัติ ☐ ไม่อนุมัติ.....

.....รองอธิการบดี / ผู้รับมอบอำนาจ

...../...../.....

ลงเวลาปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (√) ล่วงเวลา ( ) ในวันหยุดราชการ

โครงการ / กิจกรรม.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชัยภูมิ

ลำดับที่	ชื่อ - นามสกุล	ลายมือชื่อ	เวลามา	ลายมือชื่อ	เวลากลับ	งานที่ปฏิบัติ

มาปฏิบัติงาน รวม.....คน

(ลงชื่อ).....ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน

(.....)

ตำแหน่ง.....

หลักฐานการจ่ายเงินตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ

ชื่อส่วนราชการ .....มหาวิทยาลัยการกีฬาแห่งชาติ วิทยาเขตชัยภูมิ..... จังหวัด .....ชัยภูมิ..... ประจำเดือน .....พ.ศ.....

เบิกตามคำขอเบิกเลขที่ ..... ลงวันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	อัตราเงินตอบแทน	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลา วันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 16.30 - 20.00 น. วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลา วันเสาร์ - อาทิตย์ เวลา 8.30 - 16.30 น.																															รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วันเดือน ปีที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
																																	วันปกติ (ชั่วโมง)	วันหยุด (ชั่วโมง)				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31						