หลักฐานการจ่ายเงินค่าอาหาร

ชื่อหน่วยงาน _____ **ประจำเดือน** _____ **พ.ศ.** _____

โครงการ/กิจกรรม โครงการ

ลำดับ	ชื่อ - ชื่อสกุล	อัตรา	วันที่ปฏิบัติงาน																															รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
			พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส						
			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	วันปกติ	วันหยุด				
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
	รวมเป็นเงิน																																						

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) _____

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ _____ หัวหน้าผู้ควบคุม

( )

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(_____)

หลักฐานการจ่ายเงินค่าอาหาร

ชื่อหน่วยงาน กองส่งเสริมสุขภาพและกีฬา **ประจำเดือน** มกราคม **พ.ศ.** 2569

โครงการ/กิจกรรม โครงการ

ลำดับ	ชื่อ - ชื่อสกุล	อัตรา	วันที่ปฏิบัติงาน																															รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	หมายเหตุ
			พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส						
			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	วันปกติ	วันหยุด				
1																																							
2																																							
3																																							
4																																							
5																																							
6																																							
7																																							
8																																							
9																																							
10																																							
11																																							
12																																							
13																																							
14																																							
15																																							
16																																							
17																																							
18																																							
19																																							
20																																							
21																																							
22																																							
	ยอดยกไป																																						

หลักฐานการจ่ายเงินค่าอาหาร

ชื่อหน่วยงาน _____ **ประจำเดือน** _____ **พ.ศ.** _____

โครงการ/กิจกรรม _____ โครงการ

ลำดับ	ชื่อ - ชื่อสกุล	อัตรา	วันที่ปฏิบัติงาน																															รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
			พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส	อา	จ	อ	พ	พฤ	ศ	ส						
			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	วันปกติ	วันหยุด				
	ยอดยกมา																																						
23																																							
24																																							
25																																							
26																																							
27																																							
28																																							
29																																							
30																																							
31																																							
32																																							
33																																							
34																																							
35																																							
36																																							
37																																							
	ยอดยกไป																																						

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) _____

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ _____ หัวหน้าผู้ควบคุม

( )

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

(_____)