คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัตินอกเวลาราชการของ.....

ประจำเดือน.....พ.ศ.256.....เบิกตามคำสั่งที่.....ลงวันที่.....

ลำดับ	ชื่อ-นามสกุล	วันที่ที่ปฏิบัติงาน																															รวมเวลาปฏิบัติงาน (ชม.)		จำนวนเงิน	ว/ดป/	ลายมือชื่อ
		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	วันหยุด	วันปกติ		รับเงิน	ผู้รับเงิน