

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าสอนพิเศษและค่าสอนเกินภาระงานสอนในสถาบันอุดมศึกษา

สถานที่.....

ระหว่างวันที่

ส่วนราชการ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์ คณะเภสัชศาสตร์

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง ผู้ทำการสอน	ผู้ได้รับ เชิญให้ สอน	ระดับการสอน		หน่วย ชั่วโมงที่ ทำการ สอนพิเศษ และสอน	จำนวนเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	วัน / เดือน / ปีที่รับเงิน	หมายเหตุ
				ระดับ ปริญญา ตรีหรือ เทียบเท่า	ระดับบัณฑิต ศึกษาหรือ เทียบเท่า					
1		อาจารย์พิเศษ	✓	✓	-		บาท			
อัตรา x บาท นิสิต คน x จำนวน วัน				ผู้ทำ		ผู้จ่ายเงิน				
รวมจำนวนเงินค่าสอนพิเศษทั้งสิ้นบาท ()				ลงชื่อ..... วันที่		ตำแหน่ง อาจารย์พิเศษ		ลงชื่อ..... (นางสาววนรรีรัตน์ พัดเย็นสุข) ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป วันที่		
ผู้รับรอง						ผู้อนุมัติ				
ลงชื่อ..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.ปวีณา สมนิธิสมบัติ) ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายพัฒนาวิชาชีพและสร้างเสริมประสบการณ์ วันที่						ลงชื่อ..... () ตำแหน่ง วันที่				

บัญชีลงนามการปฏิบัติราชการ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันที่

ที่	ชื่อ-สกุล	ลงนาม	เวลา	ลงนาม	เวลากลับ
1					

มาทำงาน 1 คน ไม่มาทำงาน - คน ไปราชการ - คน มาสาย - คน

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจ

(ผศ.ดร.ปวีณา สนธิสมบัติ)

วันที่

บัญชีลงนามการปฏิบัติราชการ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันที่

ที่	ชื่อ-สกุล	ลงนาม	เวลา	ลงนาม	เวลากลับ
1					

มาทำงาน 1 คน ไม่มาทำงาน - คน ไปราชการ - คน มาสาย - คน

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจ

(ผศ.ดร.ปวีณา สนธิสมบัติ)

วันที่

บัญชีลงนามการปฏิบัติราชการ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
วันที่

ที่	ชื่อ-สกุล	ลงนาม	เวลา	ลงนาม	เวลากลับ
1					

มาทำงาน 1 คน ไม่มาทำงาน - คน ไปราชการ - คน มาสาย - คน

ลงชื่อ _____ ผู้ตรวจ

(ผศ.ดร.ปวีณา สนธิสมบัติ)

วันที่