

แบบฟอร์มการเบิกเงินนอกระบบ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

เรียน คณบดีคณะเภสัชศาสตร์

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วย..... มีความประสงค์จะขออนุมัติเบิกเงินค่า.....

.....เพื่อ.....

โดยใช้เงินนอกระบบคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ดังรายการต่อไปนี้

ที่	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงินรวม	หมายเหตุ
รวม					

<p style="text-align: center;">ผู้ขออนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่</p>	<p style="text-align: center;">คำรับรองของหัวหน้างาน/หน่วย/โครงการ</p> <p><input type="radio"/> เห็นควรอนุมัติให้เบิกจ่ายได้</p> <p><input type="radio"/> ไม่สมควรอนุมัติให้เบิกจ่าย</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่</p>
---	---

<p style="text-align: center;">ความเห็นของงานการเงิน</p> <p>ตรวจสอบเอกสารถูกต้องเรียบร้อยแล้ว และมีเงินเพียงพอให้สามารถเบิกจ่ายได้</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่</p>	<p style="text-align: center;">คำอนุมัติ</p> <p><input type="radio"/> อนุมัติ</p> <p><input type="radio"/> ไม่อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ..... (.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่</p>
--	---