



วันที่ส่งเอกสาร .....

แบบนำส่งเอกสารการเบิกจ่าย วิทยาลัยสหเวชศาสตร์

ชื่อโครงการ.....

ผู้รับผิดชอบโครงการ ..... สาขาวิชา/ฝ่าย .....

งบประมาณ ..... บาท

คั้นเงินยืม .....

เบิกเงินสด .....

อื่น ๆ .....

ผู้เบิกจ่าย .....

รายการเบิกจ่าย มีดังต่อไปนี้

1. ....จำนวนเงิน .....บาท
2. ....จำนวนเงิน .....บาท
3. ....จำนวนเงิน .....บาท
4. ....จำนวนเงิน .....บาท
5. ....จำนวนเงิน .....บาท
6. ....จำนวนเงิน .....บาท
7. ....จำนวนเงิน .....บาท
8. ....จำนวนเงิน .....บาท
9. ....จำนวนเงิน .....บาท
10. ....จำนวนเงิน .....บาท
11. ....จำนวนเงิน .....บาท
12. ....จำนวนเงิน .....บาท
13. ....จำนวนเงิน .....บาท
14. ....จำนวนเงิน .....บาท
15. ....จำนวนเงิน .....บาท

รวมทั้งสิ้น .....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ส่งเอกสาร

(.....)

เบอร์โทรศัพท์ .....