



กลุ่มงานการเงินรายจ่าย
ฝ่ายบริหารการเงิน

แบบฟอร์ม

(Form : FM)

ใบเบิกเงินค่าช่วยเดินทางอาจารย์นเทศรายวิชาฝึก
ปฏิบัติ / สหกิจศึกษาสำหรับอาจารย์ประจำ

รหัสเอกสาร: FM-FES-325

ประกาศใช้: 18 มีนาคม 2562

ปรับปรุงครั้งที่ : 03

หน้า : 01

วันที่รับ..... (ก.)

เลขที่รับ.....(งปม.)

เวลา.....น. ผู้รับ.....

วันที่รับ.....

ผู้ตรวจสอบความถูกต้อง

เวลา.....น. ผู้รับ.....

ชื่อ – สกุลอาจารย์..... เลขประจำตัวประชาชน.....
ที่อยู่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
รหัสวิชา..... ชื่อรายวิชา..... ภาคการศึกษาที่..... ปีการศึกษา.....
สาขาวิชา..... คณะวิชา..... ชั้นปีที่.....
ตั้งแต่วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....
สถานที่เดินทางไปนเทศฯ (โรงพยาบาล / แหล่งฝึกปฏิบัติ)

1. ค่าช่วยเดินทางอาจารย์ประจำ จำนวน.....วัน อัตราตอบแทน.....บาท/ต่อวัน เป็นเงินจำนวน.....บาท

2. ค่าช่วยเดินทางตำแหน่งผู้บริหาร จำนวน.....วัน อัตราตอบแทน.....บาท/ต่อวัน เป็นเงินจำนวน.....บาท

โอนเงินเข้าบัญชีชื่อ..... ธนาคาร..... สาขา..... เลขที่บัญชี..... โทรศัพท์เคลื่อนที่.....

รวมทั้งสิ้น.....บาท

ลงชื่อ อ.ผู้เบิกเงิน..... โทร. (ภายใน).....

(.....)

วันที่.....

1. ความเห็นผู้ช่วยคณบดีฝ่ายวิชาการ/รองคณบดี

() เรียนเสนอเพื่อโปรดพิจารณา.....

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

2. ความเห็นคณบดี

() เห็นชอบ () อื่น ๆ

.....

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

3. บันทึกกลุ่มงานงบประมาณ ฝ่ายบริหารการเงิน

งบประมาณปีการศึกษา.....งบประมาณปรับปรุงปีการศึกษา.....() ในงบประมาณ () นอกงบประมาณ () ขออนุมัติเพิ่มเติม

หมวด.....ตั้งไว้.....บาท ใช้จ่าย.....บาท คงเหลือ.....บาท ขอใช้.....บาท

ค่าช่วยเดินทางอาจารย์นเทศ- สาขาวิชา.....

หมวด.....ตั้งไว้.....บาท ใช้จ่าย.....บาท คงเหลือ.....บาท ขอใช้.....บาท

ลงชื่อ.....(พนง.งปม.) วันที่..... ลงชื่อ.....(หน.ก.งปม.) วันที่.....

4.ความเห็น / คำสั่ง ผู้ช่วยอธิการบดี ฝ่ายบริหารการเงิน

() อนุมัติ () เรียนเสนอเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

() อื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(.....)

วันที่.....

5. คำสั่งอธิการบดี

() อนุมัติ

() อื่น ๆ

ลงชื่อ.....

(ผศ.ดร.สุลักษณ์ ภัทรธรรมมาต)

วันที่.....



กลุ่มงานการเงินรายจ่าย
มหาวิทยาลัยคริสเตียน

แบบฟอร์ม

(Form : FM)

แบบบันทึกการปฏิบัติงานนอกสถานที่ /
ไปนิเทศนักศึกษาฝึกปฏิบัติวิชาชีพ / สหกิจศึกษา

รหัสเอกสาร: FM-FES-325-1

ประกาศใช้: 1 สิงหาคม 2561

ปรับปรุงครั้งที่ : 00

หน้า : 01

ชื่ออาจารย์.....นามสกุล..... ไปนิเทศศึกษารายวิชาฝึกปฏิบัติวิชาชีพ / สหกิจศึกษา

รหัสวิชา..... ชื่อรายวิชา.....ภาคการศึกษาที่..... ปีการศึกษา..... สาขาวิชา..... คณะวิชา.....

วัน / เดือน / ปี	ชื่อ - นามสกุล (ตัวบรรจง)	รายละเอียด					ลงลายมือชื่อ ของอาจารย์ไป นิเทศฯ		ลงลายมือชื่อรับรองหัวหน้า / ผู้ประสานงานของหน่วยงานแหล่ง ฝึกปฏิบัติ / คลินิก / หน่วยงาน / บริษัท	
		กลุ่ม เรียน Sec.	จำนวน นักศึกษา (คน)	ระบุชื่อสถานที่ที่ไปปฏิบัติงาน / นิเทศ / สหกิจศึกษา	ระบุชื่อหอ ผู้ป่วย / แผนก / หน่วยงานย่อย	ระยะเวลา		มา		กลับ

1. บันทึกผู้บังคับบัญชากำกับดูแล

() ตรวจสอบแล้วครบถ้วนถูกต้อง รวม.....วัน

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....

2. บันทึกกณบดี

() ตรวจสอบแล้วครบถ้วนถูกต้อง รวม.....วัน

ลงชื่อ.....

(.....)

...../...../.....