

เลขที่.....

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยืมเงินรองจ่าย

วันที่.....

รหัสเขตตามหน้าที่..... เขตตามหน้าที่.....

รหัสศูนย์ต้นทุน..... หน่วยงาน.....

รหัสกองทุน..... กองทุน.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... โทร.

มีความประสงค์ขอยืมเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย.....

เป็นจำนวนเงิน.....บาท (.....)

โดยโอนเงินในนาม.....

และกำหนดส่งคืนเงินยืมรองจ่ายภายในวันที่.....

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ว่าด้วยเงินทดรองราชการ และเงินยืมรองจ่ายอย่างเคร่งครัด และจะนำใบเสร็จรับเงินที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งคืนภายในกำหนด ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งเงินคืนตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากคณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วน

ลงชื่อ.....ผู้ยืมเงินรองจ่าย

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน

(.....)

(.....)

เห็นสมควรให้ยืมเงินตามเสนอ

.....

(.....)

ประธานกองทุน.....

หมายเหตุ : กรณีเงินยืมรอนจ่ายที่ต้องตัดค่าใช้จ่ายจากงบประมาณที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนในหลักสูตรระดับบัณฑิตศึกษา

ให้เสนอรองคณบดีฝ่ายบัณฑิตศึกษาพิจารณาและอนุมัติก่อนเสนอประธานกองทุน