

คณะทันตแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หลักฐานการจ่ายเงินค่าตอบแทนการปฏิบัตินอกเวลาราชการของ.....

ประจำเดือน..... พ.ศ..... เบิกตามคำสั่งที่..... ลงวันที่.....

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

ขอรับรองว่าผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ (หัวหน้าผู้ควบคุม)

ลงชื่อ..... (ผู้จ่ายเงิน)

(.....)

(.....)