

แบบใบเบิกเงินค่าสอนพิเศษ

ประจำเดือน ..... พ.ศ. ....

เงินค่าสอนพิเศษ ..... อาจารย์ประจำ ระดับ ..... บัณฑิตศึกษา

...../..... อาจารย์พิเศษ ...../..... ปริญญาตรี

| ที่ | ชื่อ            | ตำแหน่ง | ระยะเวลาที่สอน |                 | วิชา | เวลาที่สอนใน<br>เวลาราชการปกติ |                |     | เวลาที่สอนนอก<br>เวลาราชการปกติ |                |     |
|-----|-----------------|---------|----------------|-----------------|------|--------------------------------|----------------|-----|---------------------------------|----------------|-----|
|     |                 |         | สัปดาห์<br>ที่ | วันที่<br>เดือน |      | ภาค<br>ทฤษฎี                   | ภาค<br>ปฏิบัติ | รวม | ภาค<br>ทฤษฎี                    | ภาค<br>ปฏิบัติ | รวม |
| 1   | รวมเบิก         | อ.      |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     | รวมเบิกทั้งสิ้น |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |
|     |                 |         |                |                 |      |                                |                |     |                                 |                |     |

จำนวนเงินที่ขอเบิก

เวลาที่สอน ชั่วโมง อัตราหน่วยชั่วโมงละ 800 บาท เป็นเงิน บาท

เวลาที่สอน ชั่วโมง อัตราหน่วยชั่วโมงละ 400 บาท เป็นเงิน บาท

ผู้ทำ

ผู้รับรอง

ผู้อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

(.....)

ตำแหน่ง ผู้ปฏิบัติงานบริหาร

ตำแหน่ง รองคณบดีฝ่ายวิชาการ

ตำแหน่ง คณบดี

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

วันที่...../...../.....

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าสอนพิเศษและค่าสอนเกินภาระงานสอนในสถาบันอุดมศึกษา

ส่วนราชการ.....มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.....คณะแพทยศาสตร์.....ภาคการศึกษา.....เดือน.....พ.ศ.....

| ลำดับ                                                                                                                                       | ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งผู้ทำการสอน                                                                    | ผู้ได้รับเชิญให้สอน | ระดับการสอน                     |                                   | จำนวนหน่วยชั่วโมง<br>ที่ทำการสอนพิเศษ<br>และสอนเกินภาระงานสอน                                                                            | จำนวนเงิน                                                                                   | ลายมือชื่อผู้รับเงิน        | วัน/เดือน/ปี ที่รับเงิน | หมายเหตุ                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                             |           |                                                                                       |                     | ระดับปริญญาตรี<br>หรือเทียบเท่า | ระดับบัณฑิตศึกษา<br>หรือเทียบเท่า |                                                                                                                                          |                                                                                             |                             |                         |                                                                                                                                                          |
| 1                                                                                                                                           |           |                                                                                       |                     |                                 |                                   |                                                                                                                                          |                                                                                             | มีใบสำคัญ<br>รับเงินแนบท้าย |                         | ผู้รับเงินไม่สามารถเซ็นชื่อ<br>ผู้รับเงินในหลักฐานการจ่ายเงินอื่น<br>เนื่องจากเป็นอาจารย์พิเศษภายนอก<br>มาสอนเป็นครั้งคราว และสรุป<br>ค่าสอนเป็นรายเดือน |
| รวมจำนวนเงินค่าสอนพิเศษ.....บาท                                                                                                             |           | <p>ผู้ทำ</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p> |                     |                                 |                                   |                                                                                                                                          | <p>ผู้จ่ายเงิน</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....)</p> <p>ตำแหน่ง.....</p> <p>วันที่.....</p> |                             |                         |                                                                                                                                                          |
| <p>ผู้รับรอง</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(...รศ.พญ.นงลักษณ์ คณิศทรัพย์...)</p> <p>ตำแหน่ง.....รองคณบดีฝ่ายวิชาการ.....</p> <p>วันที่.....</p> |           |                                                                                       |                     |                                 |                                   | <p>ผู้อนุมัติ</p> <p>ลงชื่อ.....</p> <p>(.....รศ.นพ.ดิฉกร ภิโยทัย....)</p> <p>ตำแหน่ง.....คณบดีคณะแพทยศาสตร์.....</p> <p>วันที่.....</p> |                                                                                             |                             |                         |                                                                                                                                                          |



การศึกษาชั้น ☒ ปริญญาตรี ☐ บัณฑิตศึกษา คณะ.....แพทยศาสตร์.....

การบรรยายลักษณะวิชา.....พศ.216 ระบบประสาท สมอง และพฤติกรรม..... ☐ ภาคทฤษฎี ☒ ภาคปฏิบัติ

ชื่อผู้บรรยาย.....

ประจำเดือน .....พ.ศ.....

| วันที่ | เวลาบรรยาย | ลายเซ็นผู้บรรยาย | หมายเหตุ |
|--------|------------|------------------|----------|
|        |            |                  | ป        |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |
|        |            |                  |          |

รวมเวลาบรรยาย.....ชั่วโมง

## ใบเบิกเงินค่าสอนพิเศษ ก.

### 1. คำรับรองของคณบดี

เรียน ผู้อำนวยการกองคลัง (ผ่านงานบัญชี)

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่ง.....

ได้ตรวจใบเบิกเงินค่าสอนพิเศษฉบับนี้แล้ว ขอรับรองว่าผู้เบิกมีสิทธิเบิกได้ตามระเบียบ

จำนวน.....ชั่วโมง อัตราชั่วโมงละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

(.....)

ลงชื่อ.....

วันที่...../...../.....

### 2. งานบัญชี

เสนอ ผู้อำนวยการกองคลัง

เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายเงินค่าสอนพิเศษ

จำนวน.....บาท

ลงชื่อ.....

หัวหน้างานบัญชี

วันที่...../...../.....

### 3. ผู้อำนวยการกองคลัง

อนุมัติ

ลงชื่อ.....

ผู้อำนวยการกองคลัง

วันที่...../...../.....

### 4. ใบรับเงิน

ได้รับเงินค่าสอนพิเศษ จำนวน.....บาท (.....)

ไว้ถูกต้องแล้ว

เมื่อมีการจ่ายเงินหมุนเวียนไปก่อน

ลงชื่อ.....

ผู้จ่ายเงินหมุนเวียน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

ผู้รับคืนเงินหมุนเวียน

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น และต้องระบุ

จำนวนเงินที่รับให้แน่ชัดด้วย