**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน (ค่าเดินทาง)**

**ส่วนราชการ โรงพยาบาลวังยาง จังหวัดนครพนม**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน/เดือน/ปี** | **รายละเอียดการจ่าย** | **จำนวนเงิน** | **หมายเหตุ** |
| **บาท** | **สต.** |
|  | 1. โดยสารรถยนต์ส่วนบุคคล ระยะทางจาก………………………..……………..……………..……………..…………ถึง………………………………………………………………….ระยะทาง…………….กม. x ………….. รอบ x 4 บาทรถยนต์ส่วนบุคคลทะเบียน ………………………………. |  |  |  |
|  | 2. โดยสารรถยนต์รับจ้างไม่ประจำทาง ระยะทางจาก………………………..……………..……………..……….ถึง………………………………………………………………….เที่ยวละ……………………..บาท x …………………. รอบ  |  |  |  |
|  | 3. โดยสารรถโดยสารประจำทาง ระยะทาง จาก………………………..……………..……………..……….ถึง………………………………………………………………….เที่ยวละ……………………..บาท x …………………. รอบ |  |  |  |
| **รวมค่าเดินทางทั้งหมด จำนวน** |  |  | **บาท** |

จำนวนเงินเป็นตัวหนังสือ………………………………………………………………………………………..…………

 ข้าพเจ้า…………………………………………………………………..ตำแหน่ง…………………………………..………

กองสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขอรับรองว่ารายจ่ายข้องต้นนี้ ไม่อาจเรียกเก็บใบเสร็จจากผู้รับได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานราชการโดยแท้

ลงชื่อ…………………………………………………….ผู้ขอรับเงิน

 (…………………………………………………….)

 ตำแหน่ง………………………………………………..

 วันที่……………………………………………………...