

หลักฐานการจ่ายเงินค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ
 มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย จังหวัดเลย ประจำเดือน..... พ.ศ.
 เปิดตามฎีกาที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	อัตราค่าตอบแทน ปฏิบัติงานนอกเวลา ราชการ	วันที่ปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ														รวม	จำนวน	ว.ด.ป. วันที่รับเงิน	ลายมือ ชื่อผู้รับเงิน
			รวม																	

รวมจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ขอรับรองว่าผู้รับเงินค่าปฏิบัติงานนอกเวลาราชการดังกล่าว ได้ปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน

(ลงชื่อ).....หัวหน้าผู้ควบคุม