

หลักฐานการเบิกจ่ายเงินค่าสอนพิเศษและค่าตอบแทนกิจกรรมงานสอน
หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม

ลำดับ ที่	ชื่อ-สกุล	ตำแหน่ง ผู้ทำการสอน	ผู้ได้รับเชิญให้ สอน	ระดับการสอน		จำนวนชั่วโมงที่ ทำการ	จำนวนเงิน	ลายเซ็นชื่อ ผู้รับเงิน	วัน เดือน ปี ผู้รับเงิน	หมายเหตุ
				ระดับ ปริญญา	ระดับ บัณฑิต					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
รวมจำนวนเงินค่าสอนพิเศษทั้งสิ้นบาท (.....)			ผู้ทำ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่				ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่			
ผู้รับรอง ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ วันที่							ผู้อนุมัติ ลงชื่อ..... (.....) ตำแหน่ง..... วันที่			