หลักฐานการเบิกจ่ายค่าล่วงเวลาของผู้ปฏิบัติงาน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ส่วนงาน.....ประจำเดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ-สกุล	วันที่ปฏิบัติงาน										รวมเวลาปฏิบัติงาน		จำนวนเงิน	วัน เดือน ปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อ ผู้รับเงิน	หมายเหตุ
												วันปกติ (ชั่วโมง)	วันหยุด (ชั่วโมง)				

รวมเงินจ่ายทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นปฏิบัติงานนอกเวลาจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับรองการปฏิบัติงาน

(.....)

ลายมือชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)