



ส่วนงาน วันที่

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินทดรองจ่าย

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สัญญายืมเงิน

เลขที่ใบยืม.....

วันครบกำหนดการใช้คืน.....

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัดหน่วยงาน..... ส่วนงาน / โครงการ โทรศัพท์.....

มีความประสงค์ขอยืมเงินทดรองจ่ายตามประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยเงินยืมทดรองจ่าย พ.ศ.2552

☐ 6.1 เงินยืมทดรองจ่ายหมุนเวียนภายในส่วนงาน / โครงการวิจัย

☐ 6.2 เงินยืมทดรองจ่ายอื่น ๆ กรณีจำเป็นและเร่งด่วน นอกเหนือจากข้อ 6.1

เพื่อใช้ในกิจกรรม.....

.....ของส่วนงาน / โครงการวิจัย

จำนวนเงิน.....บาท (.....)

เงินยืมทดรองจ่ายฉบับนี้เบิกจ่ายจากโครงการ

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยเงินยืมทดรองจ่าย พ.ศ.2552 และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเงินที่เหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ตามเงื่อนไขแห่งประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยเงินยืมทดรองจ่าย พ.ศ.2552 ถ้าข้าพเจ้าไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไข ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางสถาบันฯ ในอัตราไม่น้อยกว่าร้อยละ 50 พร้อมดอกเบี้ยของยอดเงินรวมทั้งหมดเพื่อชดเชยเงินที่ขมไปจนกว่าจะครบถ้วน พร้อมทั้งให้สถาบันฯ ดำเนินการทางวินัยกับข้าพเจ้า

ลงชื่อ.....ผู้ยืมเงินทดรองจ่าย

(.....)

วันที่.....

☐ โปรดส่งจ่ายเช็คในนาม..... ☐ โปรดโอนเงินเข้าบัญชีธนาคาร.....

ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

เรียน หัวหน้างานคลังและพัสดุ

ได้ตรวจสอบยอดเงินยืมทดรองจ่ายของผู้ยืม ณ วันที่.....

☐ ไม่มียอดเงินยืมทดรองจ่ายคงค้าง

☐ มียอดเงินยืมทดรองจ่ายคงค้าง รายการ

เป็นจำนวนเงินบาท (ตามรายละเอียดด้านหลัง)

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจสอบ

(นางสาวกาญจนา ไชยรังศรี)

ตำแหน่ง

วันที่.....

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

ได้ตรวจสอบแล้ว เพื่อโปรดพิจารณาเงินยืมทดรองจ่าย ตามประกาศมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ว่าด้วยเงินยืมทดรองจ่าย พ.ศ.2552

☐ อนุมัติตามข้อ 6.1

☐ พิจารณาสั่งการ ข้อ 6.2 ซึ่งอยู่ในดุลยพินิจของผู้บริหาร

ลงชื่อ.....

(นางสาวศุภคิณี สายะสิต)

ตำแหน่ง หัวหน้างานการเงิน การคลังและพัสดุ

วันที่.....

คำอนุมัติ

☐ อนุมัติให้ยืมเงินทดรองจ่ายได้ตามเงื่อนไขข้างต้นเป็นจำนวนเงิน.....บาท

☐ ข้อสั่งการอื่น

ลงชื่อ.....

(ศาสตราจารย์นายแพทย์เกรียงไกร ศรีรัตนวิญญชัย)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วันที่.....

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินเป็นจำนวน..... (.....)

เป็นการถูกต้องแล้ว และจะเบิกจ่ายให้แล้วเสร็จตามประกาศฯ และหากมีเงินเหลือจะรีบนำส่งคืนภายใน 10 / 15 วัน นับจากวันดำเนินการสิ้นสุด

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

พลิกด้านหลัง

รายการส่งใช้เงินยืม						
ครั้งที่	วัน เดือน ปี	รายการส่งใช้		คงค้าง	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	ใบรับเงิน เลขที่
		เงินสดหรือ ใบสำคัญ	จำนวนเงิน			

รายละเอียดเงินยืมทดรองจ่ายที่ค้างชำระ				
วันที่ยืม	เลขที่ใบยืม	เงินยืมขอ	รายการ	จำนวนเงิน
			รวมเงิน	บาท