



โครงการอบรมชี้แจงหน่วยงานการปฏิบัติภารกิจง่าย

ด้วยการเชิง ปัญชีละพัสดุ ประจำปีงบประมาณ 2567

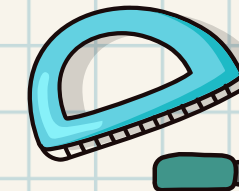
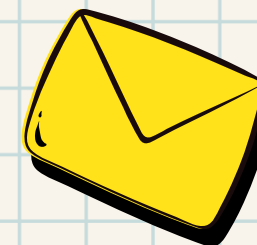
หน่วยงานการตรวจสอบ

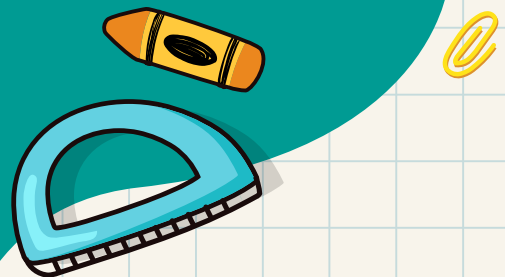
ใบเสร็จรับเงิน

ก่อนส่งเอกสารภารกิจง่าย

จากคลังพัสดุ

Hello.





## การตรวจสอบ

## ใบเสร็จรับเงิน

## และบิลเงินสด



- เอกสารต้องมี คำว่า ใบเสร็จรับเงิน หรือ บิลเงินสด
- เอกสารต้องมี ชื่อ และ ที่อยู่ บริษัท ราคา บุคคลธรรมดา สำหรับผู้ประกอบการนิติบุคคลซึ่งจดทะเบียนพาณิชย์ ต้องแสดงเลขประจำตัวผู้เสียภาษีไว้ด้วย
- เอกสารต้องมี เลขที่ หรือ เลขที่
- เอกสารต้องมี วันที่ เดือน ปี
- เอกสารต้องมี ชื่อ ที่อยู่ ของผู้ซื้อ
- เอกสารต้องมี จำนวนเงินทั้งตัวเลขและตัวอักษร
- เอกสารต้องมี รายการแสดงการรับเงินระบุว่าเป็นค่าอะไร
- เอกสารต้องมี ลายเซ็นผู้รับเงินต้องเป็นชื่อจริง หรือ ลายเซ็น ผู้รับเงินต้องแสดงตำแหน่งและต้องมีคำว่า ผู้รับเงิน กำกับในเอกสารทุกครั้ง





# ชื่อที่อยู่ในการออกไปรษณีย์จริงบ้าง

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0994000158378



## ค่าลงทะเบียนประชุมวิชาการ

คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (ชื่อผู้ประชุม.....)  
447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท  
เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี : 0994000158378

กรณีค่าลงทะเบียน บางหน่วยงานไม่สามารถออกไปรษณีย์  
หากคณะฯ ให้ได้ ต้องออกใบหาญผู้บำบธรรม/ประชุม ทำซ้ำ  
\*\*ต้องมีรายชื่ออยู่ในบัญชีหลักฐานทำซ้ำ\*\*





# ใบเสร็จรับเงินแบบถูกต้อง



**iDESIGN**  
INTELLIGENT DESIGN SCHOOL

โรงเรียนเสริมทักษะการออกแบบ ราชเทวี  
(ในความควบคุมของกระทรวงศึกษาธิการ)  
ชั้นที่ 4 ห้องเลขที่ 437-438 อาคารเซ็นจูรี่ เดอะมูฟวี่ พลาซ่า  
เลขที่ 15 ถนนพญาไท แขวงถนนพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
โทร. 0-2245-0484 โทรสาร 0-2245-0484  
Website : www.iDesign.ac.th e-mail : info@iDesign.ac.th  
ใบอนุญาตเลขที่ กร 447 / 2549  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0-9940-01101-61-2

ใบเสร็จรับเงิน  
Receipt

เลขที่ : 65\_083 วันที่ : 15 พฤศจิกายน 2565

ได้รับเงินจาก : คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (นางสิริอร พูลเยี่ยม)  
ที่อยู่ : 447 ถ.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

รายการ	จำนวน	ราคาหน่วย	จำนวนเงิน
ค่าลงทะเบียนฝึกอบรม หลักสูตร สร้างเว็บไซต์แบบมืออาชีพด้วย WordPress อบรมวันที่ 23-25 พฤศจิกายน 2565 เวลา 09.00-16.00 น. สถานที่อบรม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	1 ท่าน	4,500.00	4,500.00
รวมเงิน			4,500.00

สีพื้นทำร้อยละถ้วน  
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)  
\* ไม่มีภาษีมูลค่าเพิ่มเนื่องจากประกอบกิจการโรงเรียนเอกชนจึงได้รับการยกเว้นภาษี (ฉบับที่ 284) พ.ศ. 2538

ผู้รับเงิน ผู้จัดการ

เช็คเลขที่  
ธนาคาร / สาขา  
ลงวันที่  
เงินสด / บัตรเครดิต  
โอนผ่านธนาคาร

จ่ายเงินแล้ว  
15 พ.ย. 2565

เล่มที่ 123 เลขที่ 06113

บริษัท นานาภัณฑ์ พลาสติก จำกัด  
59/3 ถนนเลื้อป่า แขวงบ่อแก้ว เขตบ่อแก้ว กรุงเทพมหานคร 10100  
โทร. 02-223-2278 (สำนักงานใหญ่) เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0105561059041  
ต้นฉบับใบกำกับภาษี / บิลเงินสด

วันที่ 26 เดือน 08 พ.ศ. 2565  
นามผู้ซื้อ ด.ช. เกตุศักดิ์ นานาภัณฑ์  
ที่อยู่ 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0-9940-01101-61-2 สำนักงานใหญ่ สาขา.....

ลำดับที่	รายการ	จำนวน	ราคา	จำนวนเงิน
1	ถุงพลาสติก 8x12 นิ้ว	5kg	140	700 -
2	พลาสติก 17x11 นิ้ว	1kg	80	80 -
3	พลาสติก 18x18 นิ้ว	3kg	80	240 -
รวมราคาทั้งสิ้น				1,020 -
จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%				71.40
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น				1,091.40

(สินค้าที่ซื้อไปแล้ว ทางร้านจะไม่รับคืน)  
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)  
จำนวนภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%  
จำนวนเงินรวมทั้งสิ้น  
ผู้รับเงิน

จ่ายเงินแล้ว  
29 ส.ค. 2565



# ลายเซ็นในใบเสร็จรับเงิน

## ต้องเป็นลายเซ็นจริง

กรณีที่เอกสารออกบิลขาด

บิลใบเสร็จรับเงินไม่ได้อยู่ในบิล

สามารถนำมาเบิกจ่ายได้

แต่.... เอกสารต้องระบุคำว่า

**เอกสารออกบิลขาด**



ต้นฉบับ ORIGINAL

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT

(ไม่ใช่ใบกำกับภาษี)

เอกสารออกเป็นชุด

**บริษัท แบงเทรดดิ้ง 1992 จำกัด** สำนักงาน BANG TRADING 1992 CO.,LTD. HEAD OFFICE  
999/99 ชั้น 4 อาคาร แบงเทรดดิ้ง กรุ๊ป ถนนพระรามที่ 9 แขวงสวนหลวง 999/99 4<sup>th</sup> Fl., Bang Trading Group Bldg., Rama 9 Rd., Suanluu Tel. 0-2718-3333, 0-2050-3333 Fax : 0-2718-3962, 0-2720-3406 (LCA), 0-1 เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 13 หลัก 0105535041822

GUM03020056 คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
ลูกค้า ชูก้าว  
ที่อยู่ 447 อ.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

วันที่ DATE	ใบสั่งซื้อเลขที่ P/O NO.	กำหนดชำระเงิน TERM OF PAYMENT	วันครบกำหนด DUE DATE	SOW663957 SHL66-19789	U1BMM-ธนาคาร ไทยไฟ
1.00	BOY SV3016003	FBS Hyclone, 500 ml	9,500.00		9,500.00
1.00	EA SH3000202	DMEM/LOW w L-glu, Sod Py2 X 5 L	2,600.00		2,600.00
<b>รวมเป็นเงิน</b>					<b>12,100.00</b>
<b>หักส่วนลด</b>			0.00 %		<b>0.00</b>
<b>มูลค่าสินค้า</b>					<b>12,100.00</b>
<b>ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%</b>					<b>847.00</b>
<b>เงินรวมทั้งสิ้น</b>					<b>12,947.00</b>

1. การรับเงินโดยเช็ค กรุณาเช็คก่อนส่งจ่าย ใบรับ บริษัท แบงเทรดดิ้ง 1992 จำกัด  
2. ใบเสร็จรับเงินจะสูญใช้ เมื่อรับจากใบรับใบเดิมซึ่งและโอนเงินการเรียบร้อยแล้ว  
3. ใบเสร็จรับเงินจะสูญใช้ ถ้ามีลายเซ็นที่ผู้รับเงินและผู้มอบเงิน  
4. ผู้ซื้อขอชำระดอกเบี้ยในอัตราร้อยละ 15 ต่อปี ใบรับนี้ถือเป็นสาระ  
5. สินค้าและเอกสารหากมีข้อผิดพลาด กรุณาแจ้งภายใน 7 วัน นับจากวันที่เอกสาร มิฉะนั้นถือว่าได้รับถูกต้อง

-คณะเศรษฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

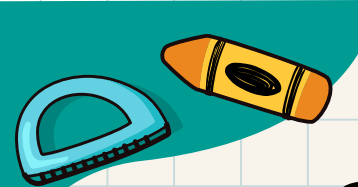
ได้รับของตามรายการ Received the abc

ผู้รับของ RECEIVED BY: \_\_\_\_\_ วันที่ DATE: 22 ต.ค. 2567

ผู้รับเงิน COLLECTOR: \_\_\_\_\_ วันที่ DATE: 22 ต.ค. 2567

ในนาม บริษัท แบงเทรดดิ้ง 1992 จำกัด For BANG TRADING 1992 CO.,LTD.

1  
FO-AC-11



# ใบเสร็จรับเงินระบบอิเล็กทรอนิกส์

## E-Receipt E-Tax

ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การเบิกเงิน การจ่ายเงิน และการควบคุมดูแลการจ่ายเงิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔

กรณีใบเสร็จรับเงินหรือหลักฐานแสดงการรับชำระเงินที่ออกโดยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ให้ไปปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยธุรกรรมอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้อง และให้ผู้ขอเบิกเงินลงลายมือชื่อรับรองด้วยข้อความว่า

“ขอรับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง”

บริษัท บีฟอว์ แอนด์ อ๊าฟเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด  
BEFORE AND AFTER CORPORATION CO.,LTD

2/40 ถนนสุขุมวิท 2 แขวงปทุมวัน เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10250  
โทรศัพท์ / Tel: +66 20592877-9 แฟกซ์ / Fax: +66 20592880  
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี / Tax ID : 0105557158501 สาขา / Branch : 00000

Digitally signed by Before & After Corporation Company Limited  
DN: cn=บริษัท บีฟอว์ แอนด์ อ๊าฟเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด, c=TH  
Date: 2024.01.26 13:44:37 +07



### ต้นฉบับ ใบเสร็จรับเงิน / ORIGINAL RECEIPT

Page 1 / 1

ชื่อและที่อยู่ลูกค้า/Customer and Address: 10000387 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 447 ถนนศรีอยุธยา แขวงทุ่งสุภาวดี เขตราชเทวี จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10400 TAX ID: 0994000158378 สาขา/BRANCH: 00000	เลขที่/No.: IV24010975 วันที่/Date: 25/01/2024 เลขที่ใบสั่งซื้อ/PO No.: PO-24010066 อ้างอิง/Order Ref.: SO24011015 เครดิต/Credit: ADVANCE ครบกำหนดชำระ/Due Date: 25/01/2024 ช่องทางการชำระเงิน/ Payment method: KSB Transfer พนักงานขาย/Sale Person: BS_THANNAPHAT
---	--

No. เลขที่	Code รหัส	Description รายละเอียด	Quantity จำนวน	Unit หน่วย	Unit Price ราคาต่อหน่วย	% Discount % ส่วนลด	จำนวนเงิน	
1	10000291	Span 60	1.000	KG	296.73		296.73	
Remark: (C-LINE@)							มูลค่าสุทธิ / Sub Total	296.73
							ส่วนลด / Discount	0.00
							จำนวนเงิน / Total	296.73
							ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT 7 %	20.77
(Three Hundred Seventeen Baht And Fifty Stang)							รวมทั้งสิ้น / Grand Total	317.50

บริษัทฯ จะไม่ยอมรับผิดชอบในสินค้าที่ขาดหรือไม่ครบจำนวน ถ้าหากไม่ได้แจ้งไว้ในใบรับสินค้านี้เมื่อท่านตรวจรับ  
จ่ายชำระโดย / Paid by:  เงินสด / Cash  เช็ค / Cheque เป็นเช็คชื่อบริษัท "บริษัท บีฟอว์ แอนด์ อ๊าฟเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด"  
เลขที่ / No.: \_\_\_\_\_ ธนาคาร / Bank: \_\_\_\_\_ สาขา / Branch: \_\_\_\_\_ วันที่ / Date: \_\_\_\_\_  
ใบเสร็จรับเงินด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินจะไม่สมบูรณ์ต่อเมื่อเช็คดังกล่าวได้ขึ้นเงินจากธนาคารเรียบร้อยแล้ว/If payment is made by cheque this receipt is not valid until cheque is

กรณีโอนเงินเข้าบัญชี ธนาคารกรุงไทย สาขาสุขุมวิท 33 บัญชีกระแสรายวัน เลขที่ 003-1-19932-8 ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับเงินโอนเข้าบัญชีเรียบร้อยแล้ว	 Chananya ผู้รับเงิน RECEIVED BY DATE 25/01/2024	ในนาม บริษัท บีฟอว์ แอนด์ อ๊าฟเตอร์ คอร์ปอเรชั่น จำกัด On behalf of BEFORE AND AFTER CORPORATION CO.,LTD  Vaiwit ผู้มีอำนาจลงนาม Authorized Signature
---	---	---

เอกสารนี้ได้จัดทำและส่งข้อมูลให้แก่กรมสรรพากรด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์  
This document is created electronically, and have completely submitted the information to Revenue Department





**มูลนิธิเพื่อสถาบันเพิ่มผลผลิตแห่งชาติ (สาขา 1)**  
 "เป็นองค์การหรือสถานสาธารณกุศล ลำดับที่ 304 ของประกาศกระทรวงการคลัง"  
 ชั้น 12,14 อาคารชาเลนเจอร์ 1025 ถนนพหลโยธิน แขวงพญาไท กรุงเทพฯ 10400  
 12,14th Fl.Yakult Building, 1025 Pahonyothin Rd., Phayathai, Bangkok 10400  
 Tel. 0-26195500 Fax. 0-26198100 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000020724



**ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี**

Receipt/Tax Invoice

ได้รับเงินจาก/Received from

รหัสลูกค้า/Cust.No. 0994000158378-0-12 เลขที่No. RCPT2024010090  
 ชื่อลูกค้า/Customer คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล วันที่/Date 25/01/24  
 ที่อยู่/Address 447 ถ.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378  สำนักงานใหญ่  สาขาที่  
 วิธีการชำระเงิน/Ref.payment by:  เงินสด  เช็คธนาคาร เลขที่ \_\_\_\_\_ วันที่ \_\_\_\_\_  
 เงินโอนธนาคาร BBL วันที่โอน 25/01/24  อื่นๆ \_\_\_\_\_

เลขที่ใบแจ้งหนี้ Invoice No.	รายการ Description	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	ส่วนลด Discount	จำนวนเงิน Amount	รหัสภาษี Tax Code
SINV 2024010182	GEN-AI for the future of work วันที่ 31 มกราคม 2567	1.00	1,500.00	0.00	1,500.00	D7

ขอรับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง  
 นายเชษฐา อนุชอนิก

มูลค่าก่อนภาษี / Amount before VAT : 1,500.00  
 ภาษีมูลค่าเพิ่ม / VAT : 105.00  
 รวม / Total : 1,605.00

เอกสารนี้ไม่มีลายมือชื่อผู้มีอำนาจลงนาม เนื่องจากออกด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์  
 เอกสารนี้ได้จัดทำและส่งข้อมูลให้แก่กรมสรรพากรด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์

เอกสารนี้จัดทำ และส่งข้อมูลให้แก่กรมสรรพากรด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ (ต้นฉบับ)

2-6420405

เลขที่เอกสาร: RE24010712  
 วันที่ออก: 09/01/2024  
 อ้างอิง: -

เลขที่เอกสาร: RE24010712  
 วันที่ออก: 09/01/2024  
 อ้างอิง: -

ติดต่อกลับที่:

ติดต่อกลับที่:

897774662

www.mahidol.ac.th

เรียนคุณ: Soraj Tasanacharoen

คำอธิบาย

จำนวน ราคา ส่วนลด VAT มูลค่าก่อนภาษี

- ค่าบริการ Web Hosting Plan S  
 ค่าบริการ Web Hosting Plan S : aseanpharm.net  
 ประเภท : ต่ออายุ  
 ระยะเวลา : 3 ปี 3.00 1,800.00 20.00% 7% 4,320.00
- ค่าบริการโดเมนแบบ .net  
 ค่าบริการโดเมนแบบ .net : aseanpharm.net  
 ประเภท : ต่ออายุ  
 ระยะเวลา : 3 ปี 3.00 430.00 0.00 7% 1,290.00

รหัสสมาชิก Z75628775  
 #150740

ขอรับรองไว้ในกรณปฏิบัติงานจริง

จ่ายเงินแล้ว  
 23 มี.ค. 2567

สรุป มูลค่ารายการภาษีมูลค่าเพิ่มอัตรา 7% 5,610.00 บาท  
 ภาษีมูลค่าเพิ่ม 392.70 บาท จำนวนเงินทั้งสิ้น 6,002.70 บาท  
 จำนวนเงินทั้งสิ้น 6,002.70 บาท  
 หักส่วนลดจากเครดิตสินค้าคงคลัง 0.00 บาท  
 จำนวนเงินที่หัก ณ ที่จ่าย 0.00 บาท  
 จำนวนเงินที่ชำระ 6,002.70 บาท

ชำระเงิน วันที่ชำระ: 09/01/2024 ร.กสิกรไทย 6,002.70 บาท  
 จำนวนเงินรวม: 6,002.70 บาท ออมทรัพย์ 6292047019 NETDESIGN HOST CO., LTD.

หมายเหตุ

รับรอง ออกแบบเพื่อเปิดด้วยเว็บไซต์ ผู้ออกเอกสาร (ผู้ขาย) ผู้อนุมัติเอกสาร (ผู้ขาย) ตราประทับ (ผู้ขาย) ผู้รับเอกสาร (ลูกค้า) ตราประทับ (ลูกค้า)



นายจรรณง นายจรรณง

เนบูจรรณง พลายศิริ เนบูจรรณง พลายศิริ  
 09/01/2024 09/01/2024





# ใบเสร็จรับเงินแบบไม่ถูกต้อง



**CPS**  
ชินวัฒน์ชีพพลายส์  
ประเสริฐ ลิมวิเศษธรรม

ศูนย์ซ่อม และอะไหล่ BOSCH HILTI METABO  
จำหน่าย : อะไหล่ มอเตอร์ไฟฟ้าโรงงาน พัดลม ไตรวั  
ส่วน ทัศนเจอร์ หม้อแปลงไฟฟ้า เข้าทุกเครื่องเสียง  
พร้อมรับบริการซ่อม รวดเร็ว รับรองผล ราคาข่อมเยา

356 หน้าวัดพระพิเรนทร์ ถ.วรจักร  
แขวงบ้านบาตร เขตป้อมปราบฯ กรุงเทพฯ 10100  
โทร.02-6229988 081-7352216

**ใบส่งของชั่วคราว**  
臨時送貨單

เล่มที่.....  
เลขที่..... 4

SOLD TO นาม สต DATE วันที่ 26-8-65  
ที่อยู่ ADDRESS 住址

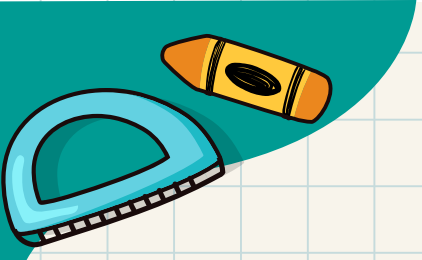
ได้รับสินค้าตามรายการข้างล่างนี้ และตรวจสอบถูกต้องแล้ว 茲收到下列各種貨物無悞  
Received the under mentioned goods in good order and condition.

จำนวน Quantity 件數	รายการ Description 貨名	ราคา Price 價格	จำนวนเงิน Amount 銀額
3 ตัว	สีทึบ พัดลมไครส ฮาทร	250	750-
	สามเหลี่ยม		

จ่ายเงินแล้ว  
*Signature*  
29 ส.ค. 2565

ผู้รับของ Receiver 收货人 *Signature*  
ผู้ส่งของ Deliverer 送货人 *Signature*

รวมเงิน TOTAL 共銀 750.-



# ใบเสร็จรับเงินแบบไม่ถูกต้อง



มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะวิทยาศาสตร์

เล่มที่..... เลขที่.....  
**CASHSALE** บิลเงินสด  
 現兌單  
 ร้านสาทรไทย ลาย 2  
 ส.รามเดโชฯ ต.ทุ่งครุ  
 อ.เมือง จ.ลพบุรี 15000  
 ชื่อ: ด.ช.ชัชวาลย์ ช. ม.คิตติ์ วันที่.....  
 ที่อยู่: 447 อ.ศรีนครินทร์ แขวงทุ่งพญาไท โทร: 10400  
 ทะเบียนการค้า.....

จำนวน 數量	รายการ 貨名	หน่วยละ 價格	จำนวนเงิน 金額
5	สไปน	100	500
5	โคมไฟ	250	1,250
27	เสื้อฝ้าย	100	2,700
5	เสื้อฝ้าย 2XL-3XL	150	750
รวมเงิน 共銀			5,200

ผู้รับเงิน  
收銀人.....

ขอสงวนสิทธิ์ประชาชนไม่ได้

**ร้านสนไวท์**  
 เซ็นเตอร์วัน ชั้น 2  
 จำหน่ายเครื่องสำอางทุกชนิด  
 ทั้งปลีกและส่ง  
 เปิด 10.00-21.00 ทุกวัน  
 ติดต่อ คุณวิชัย 097-184-8965

เล่มที่ BOOK NO. เลขที่ BILL NO.

**บิลเงินสด**  
 CASH SALE 現兌單 CASH SALE

ชื่อ: ด.ช.ชัชวาลย์ ช. ม.คิตติ์ วันที่.....  
 ชื่อ: 447 อ.ศรีนครินทร์ แขวงทุ่งพญาไท  
 ที่อยู่: 447 อ.ศรีนครินทร์ แขวงทุ่งพญาไท โทร: 10400  
 ADDRESS: 447 อ.ศรีนครินทร์ แขวงทุ่งพญาไท ทะเบียนการค้า.....

จำนวน QUANTITY	รายการ DESCRIPTION 貨名	หน่วยละ UNIT PRICE 價格	จำนวนเงิน AMOUNT 金額
1	6685พีธ	300	300
รวมเงิน TOTAL 共銀			300

ผู้รับเงิน 收銀人..... ชาตรี





# การจ่ายเวชภัณฑ์ที่ต้องจัดทำ

## ใบรับรองแพทย์ใบเสร็จรับเงิน

ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การเบิกเงิน การจ่ายเงิน และการควบคุมดูแลการจ่ายเงิน (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔

ข้อ ๖.๔ กรณีที่ผู้ปฏิบัติงานจ่ายเงินไปโดยได้รับใบเสร็จรับเงินซึ่งมีรายการไม่ครบถ้วน หรือกรณีซึ่งตามลักษณะไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินหรือใบสำคัญรับเงินจากผู้รับเงินได้ ให้ผู้ปฏิบัติงานนั้นจัดทำใบรับรองแพทย์ใบเสร็จรับเงินพร้อมลงนามรับรอง เพื่อนำมาเบิกเอกสารประกอบการขอเบิกเงินต่อมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน



# ใบรับรองบทบาทใบเสร็จรับเงิน



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผ่ารหัสดู

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
Download เอกสารได้ที่ Intranet ผู้ช่วยพัสดุ				
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง				
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....)				

เลขบัตรประจำตัวประชาชน.....

ข้าพเจ้า .....  
ตำแหน่ง..... ภาควิชา / หน่วยงานที่สังกัด.....  
ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่ .....



ไม่ผ่ารหัสดู



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
Download เอกสารได้ที่ Intranet ผู้ช่วยบัญชี				
ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง				
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....)				

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง.....  
ที่อยู่.....  
ภาควิชา / หน่วยงานที่สังกัด..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจาก  
ผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่ .....

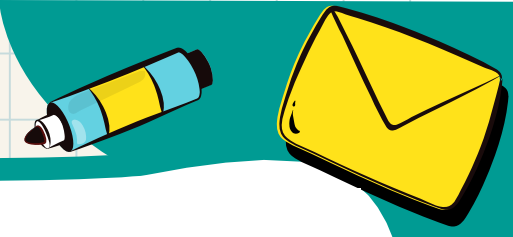
# การตรวจสอบ

## ใบรับรองแบบใบเสร็จรับเงิน

- วันที่ เดือน ปี ที่จ่ายเงิน
- ชื่อ ตำแหน่ง ลังกาด ของผู้จ่ายเงิน
- รายการสินค้า/จำนวนที่ระบุ จะต้องตรงกับบิลที่ก  
ขออนุมัติหลักการ
- จำนวนเงินที่แสดงทั้งตัวเลขและตัวอักษร
- ขอรับรองว่าใช้ใบการปฏิบัติงานจริง/ผู้ขออนุมัติหลักการ
- ลายมือชื่อผู้จ่ายเงิน/ลงวันที่จ่ายเงิน

**กรณีเบิกการเบิกจ่ายผ่านพัสดุ ต้องระบุเลขประจำตัวประชาชน**

**\*ต้องมีใบเสร็จฉบับที่ไม่สมบูรณ์แบบด้วย\***





ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....)				

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  
ผู้ขออนุมัติหลักการ

ข้าพเจ้า ..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน .....

ตำแหน่ง..... ภาควิชา / หน่วยงานที่สังกัด .....

ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

ลงชื่อ **ผู้จ่ายเงิน** ..... ผู้จ่ายเงิน  
(.....)  
วันที่ .....



# กรณีใบเสร็จรับเงินจาก "ร้านค้าออนไลน์"



หากมีความจำเป็นที่ต้องซื้อจริง ๆ

- ตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของใบเสร็จรับเงินตามองค์ประกอบข้างต้น
- หากใบเสร็จรับเงินที่ได้รับไม่ถูกต้องครบถ้วน ให้จัดทำใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

หมายเหตุ : ให้ซื้อจากร้านที่มีใบเสร็จรับเงิน  
ที่ถูกต้องครบถ้วน

**\*\*ต้องมีหลักฐานยืนยันการจ่ายเงิน\*\***





# ตัวอย่าง กรณีจ่ายด้วยบัตรเครดิตราชการ



## Annual Subscription

Invoice #: M-59752  
Invoice Date: 01/01/2023  
Due Date: 02/15/2023

Publishers International Linking Association, Inc.  
dba Crossref  
50 Salem St. Building A, Suite 304  
Lynnfield, MA 01940

Bill To:  
Faculty of Pharmacy, Mahidol University  
447 Sri-Ayuthaya Road  
Rajathevi  
Bangkok, 10400  
Thailand

Ship To:  
Faculty of Pharmacy, Mahidol University  
447 Sri-Ayuthaya Road  
Rajathevi  
Bangkok, 10400  
Thailand

Reference Number: Terms: N45

Item	Description	Unit	Quantity	Unit Price	Amount
40000	Annual Membership Fee	EA	1	\$275.00	\$275.00
SUBTOTAL					\$275.00
TOTAL					\$275.00

Payment Address:  
Publishers International Linking Association, Inc.  
Dba Crossref  
50 Salem St. Building A, Suite 304  
Lynnfield, MA 01940

We take your privacy seriously. We do not share your personal information with any third parties.  
All prices are in US Dollars (USD). We accept payment in USD only; If paying by wire, please pay an additional \$35.00 USD as a wire service fee.

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  
นางสาวกมล อนุรัตน์

Invoice Date: 01/01/2023 Terms: N45 Due Date: 02/15/2023 Customer Id: FPFMA00 Page 1



## INVOICE

Invoice #: INV-69583  
Invoice Date: 12/31/2022  
Due Date: 02/14/2023

Publishers International Linking Association, Inc.  
dba Crossref  
50 Salem St. Building A, Suite 304  
Lynnfield, MA 01940

Bill To:  
Faculty of Pharmacy, Mahidol University  
447 Sri-Ayuthaya Road  
Rajathevi  
Bangkok, 10400  
Thailand

Ship To:  
Faculty of Pharmacy, Mahidol University  
447 Sri-Ayuthaya Road  
Rajathevi  
Bangkok, 10400  
Thailand

Reference: Terms: N45

Item	Description	Unit	Quantity	Unit Price	Amount
40801	CY Journal 11/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	6	\$1.00	\$6.00
40801	CY Journal 10/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	1	\$1.00	\$1.00
40801	CY Journal 08/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	10	\$1.00	\$10.00
40801	CY Journal 09/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	12	\$1.00	\$12.00
40801	CY Journal 07/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	12	\$1.00	\$12.00
40801	CY Journal 01/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	13	\$1.00	\$13.00
40801	CY Journal 03/2022 : 10.29090 : CY Journal Article (users: mahidol)	EA	12	\$1.00	\$12.00
SUBTOTAL					\$66.00
TOTAL					\$66.00

Payment Address:  
Publishers International Linking Association, Inc.  
Dba Crossref  
50 Salem St. Building A, Suite 304  
Lynnfield, MA 01940

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  
นางสาวกมล อนุรัตน์

We take your privacy seriously. We do not share your personal information with any third parties.  
All prices are in US Dollars (USD). We accept payment in USD only; If paying by wire, please pay an additional \$35.00 USD as a wire service fee.

Invoice Date: 12/31/2022 Terms: N45 Due Date: 02/14/2023 Customer Id: FPFMA00 Page 1



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
16-ก.พ.-66	ค่าธรรมเนียม CrossRef Membership (USD275)	9,224	25	
	ค่าธรรมเนียม CrossRef Journal Deposits (USD66)	2,213	82	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (...ที่หนึ่งหนึ่งพันสี่ร้อยสามสิบแปดบาทเจ็ดสตางค์...)		11,438	07	

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  
นางสาวกมล อนุรัตน์

ข้าพเจ้า .....นางสาวรอนงค์ ไทยพิทักษ์..... ตำแหน่ง หัวหน้างานบริหารงานวิจัยและนวัตกรรม.....  
ที่อยู่.....447 ด.ศรีอยุธยา แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400.....  
ภาควิชา / หน่วยงานที่สังกัด .....งานบริหารงานวิจัยและนวัตกรรม..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินจาก  
ผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง

ลงชื่อ .....นางสาวกมล อนุรัตน์..... ผู้จ่ายเงิน

(...นางสาวรอนงค์ ไทยพิทักษ์...)

วันที่ .....

จ่ายเงินแล้ว  
22 ก.พ. 2566





# การจ่ายเวชภัณฑ์ที่ต้องจัดทำ

## ใบสำคัญรับเวช

ประกาศมหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการรับเวช การเก็บรักษาเวช  
การบริโภคเวช การจ่ายเวช และการควบคุมดูแลการจ่ายเวช (ฉบับที่ ๕) พ.ศ. ๒๕๖๔

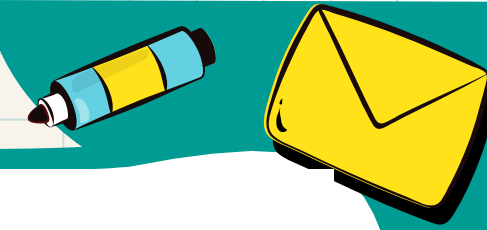
ข้อ ๖.๓ การจ่ายเวชรายการใด ซึ่งตามลักษณะไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเวช  
จากผู้รับเวชได้ ให้ผู้รับเวชลงลายมือชื่อรับเวชในใบสำคัญรับเวชพร้อม  
แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนซึ่งรับรองสำเนาถูกต้อง โดยให้  
ผู้ปฏิบัติงานที่จ่ายเวชลงนามรับรองการจ่ายเวชด้วยข้อความว่า “ขอ  
รับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง” แล้วจึงใช้ใบหลักฐานการจ่ายเวชได้







# กรณีจ่ายค่าตอบแทนบาท แบบโอนบัญชี



ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt  
สาขา / Branch  
บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name

ฝาก Deposit วันที่ / Date  
ธุรกรรม / Transaction Type

ยอดเงินรวม Total Amount: **ชื่อบัญชีผู้ส่งฝากในใบสำคัญรับเงิน**

ค่าธรรมเนียม Fee

ยอดเงิน Amt.  
ยอดเงิน Amt.  
ยอดเงิน Amt.  
ยอดเงิน Amt.  
ยอดเงิน Amt.

ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้ฝาก Depositor จำนวนเงิน Amount โทรศัพท์ Tel.

ใบฝากเงินนี้จะมีผลสมบูรณ์ก็ต่อเมื่อธนาคารได้รับเงินหรือได้รับเงินตามตัวเงินที่ระบุไว้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำข้อมูลนี้ไปใช้ยืนยันตัวตน และมีใช้หลักฐานที่ชัดเจนในการชำระหนี้ระหว่างบุคคลหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

**\*\* เอกสารหลักฐานการจ่ายทุกฉบับ โปรดลงนาม  
ขอรับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง \*\***

**เฉพาะการยื่นเงินทดรองจ่ายแบบเงินสด**

**\*\* จะต้องแนบสำเนาบัตรประชาชนทุกครั้ง  
แต่ถ้าขอไม่ได้ ต้องมีหนังสือเชิญ \*\***

SCB

โอนเงินเข้าบัญชีสำเร็จ  
23 มิ.ย. 2562 - 09:41  
รหัสอ้างอิง: 1160TF2505232

จาก **ผู้ยื่นเงิน**

ไปยัง **ชื่อผู้ส่งฝากในใบสำคัญรับเงิน**

จำนวนเงิน 5,000.00  
ขอรับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง  
ค่าธรรมเนียม **ผู้ยื่นเงินเท่านั้น** 0.00

ใบสำคัญรับเงิน  
Receipt

วันที่ Date เดือน Month ปี.ศ. Year

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว I / Mr. / Mrs. / Ms. ที่อยู่ Address

แขวง/ตำบล Sub-district เขต/อำเภอ District จังหวัด Province

ได้รับเงินจาก (ชื่อส่วนงาน) Received From (Name of designated department) มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการดังต่อไปนี้ Mahidol University for the following item (s)

รายการ / Item(s)	จำนวนเงิน / Amount	
	บาท/Baht	สต./St.
ค่าสอนพิเศษ วิชาที่.....		
ค่าคณาจารย์ ชั่วโมงละ.....บาท จำนว.....ชั่วโมง		
ค่าปฏิบัติงาน ชั่วโมงละ.....บาท จำนว.....ชั่วโมง		
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Baht Text)		

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง  
**อาจารย์ประจำวิชา**

อาจารย์ประจำวิชา / ผู้ยื่นเงิน  
ลงชื่อ Signature ผู้จ่ายเงิน (Cashier)  
(.....)  
วันที่ Date

โอนเงินผ่านบัญชีธนาคาร  
ลงชื่อ Signature ผู้รับเงิน (Receiver)  
(.....)  
วันที่ Date

หมายเหตุ: แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง  
Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required.







# กรณีจ่ายเงินด้วยสกุลเงินต่างประเทศ

## แบบโอนเงิน

- บัญชีขออนุมัติเบิก (ไม่เกิน 15 วัน)
- INVOICE / ใบแจ้งหนี้
- ออุมัติหลักการฉบับจริง
- E-RECEIPT / ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองบทกใบเสร็จรับเงิน (กรณีใบเสร็จไม่สมบูรณ์)
- หลักฐานการโอนเงิน
- ส่งเอกสารเบิกจ่าย

## แบบบัตรเครดิต

- บัญชีขออนุมัติเบิก (ไม่เกิน 15 วัน)
- INVOICE / ใบแจ้งหนี้
- ออุมัติหลักการฉบับจริง
- E-RECEIPT / ใบเสร็จรับเงิน
- ใบรับรองบทกใบเสร็จรับเงิน (กรณีใบเสร็จไม่สมบูรณ์)
- ใบแจ้งยอดบัตรเครดิต
- ส่งเอกสารเบิกจ่าย

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน  
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
16-ก.พ.-66	ค่าธรรมเนียม CrossRef Membership (USD275)	9,224	25	
	ค่าธรรมเนียม CrossRef Journal Deposits (USD66)	2,213	82	





มหาวิทยาลัยมหิดล  
คณะวิทยาศาสตร์

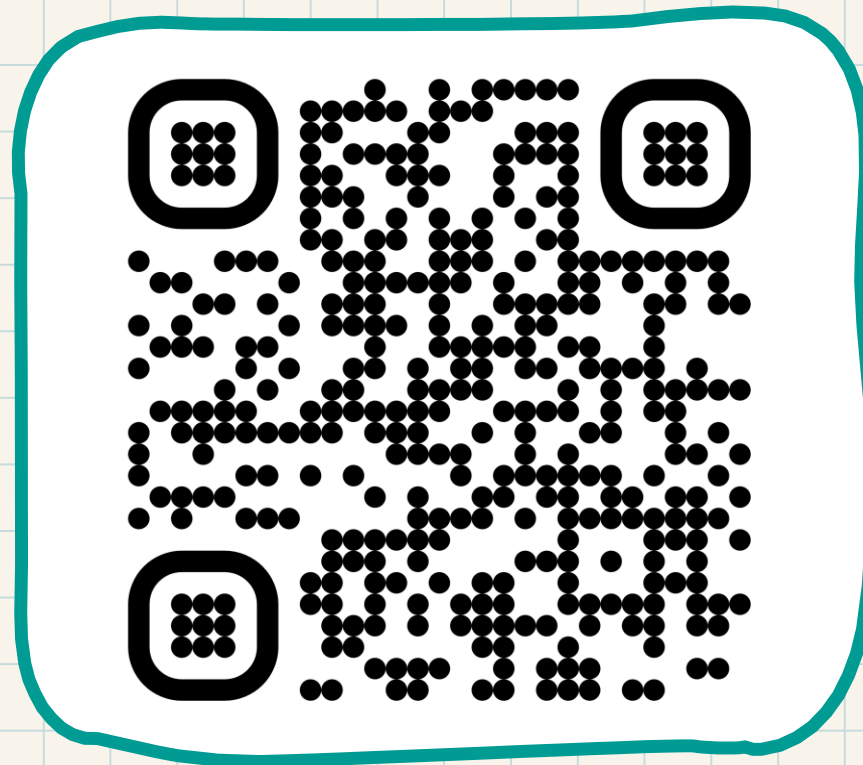
# THANK YOU





# สัญลักษณ์ QR-Code

ทำแบบประเมินให้ด้วยนะคะ



ขอบคุณค่ะ

