



แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการเบิกค่าใช้จ่ายสำหรับนักวิจัย ตามกฎระเบียบ ข้อบังคับ มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยบัญชี, งานคลังและพัสดุ

ณ ห้องประชุม 606 ชั้น 6 อาคารราชรัตน์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันอังคารที่ 20 กันยายน 2565 เวลา 09.30 - 12.00 น.



หัวข้อการชี้แจง

1. การเบิกค่าตอบแทนบุคคลภายนอกมหาวิทยาลัย (AP)
2. การเบิกค่าสัตว์ทดลอง/การตรวจวิเคราะห์/การใช้เครื่องมือ/ค่าลงทะเบียนหรือค่าฝึกอบรม/ ค่าใช้ห้องประชุม / ค่าใช้บริการพีพีอาร์เอกสารสำหรับงานประชุม จากหน่วยงานในคณะ/มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)
3. การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ค่าเดินทาง ,ค่าที่พัก ฯลฯ)
4. การเบิกค่าไปรษณีย์
5. การเบิกค่าตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ ฯ / ค่าตรวจภาษา
6. การเบิกค่าตอบแทนวิทยากร



การขอรหัสผู้ขาย ก่อนเบิกค่าตอบแทนผ่านระบบ AP

1. หัวหน้าโครงการ หรือ ผู้ช่วยฯ กรอกข้อมูล ชื่อ-ที่อยู่ และรายละเอียดอื่น ๆ ใน “แบบฟอร์มข้อมูลหลักผู้ขาย” ให้ครบถ้วน
2. แนบ “สำเนาบัตรประชาชน” และ “สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร” (หากเป็นธนาคารไทยพาณิชย์ จะสามารถโอนเงินเข้าบัญชีได้เลย)
3. ส่งเอกสารมายังหน่วยบัญชี เพื่อดำเนินการขอสร้างข้อมูลหลักผู้ขายไปยังมหาวิทยาลัยต่อไป

*****การเบิกค่าตอบแทนผ่านระบบ AP**

**ขอให้ส่งเอกสารการเบิกภายในวันที่ 1 ของทุกเดือน
เพื่อให้เงินค่าตอบแทนเข้าบัญชีทันในเดือนนั้น ๆ*****


การเบิกค่าตอบแทนบุคคลภายนอก (AP)

ประกอบด้วย

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตอบแทน (AP)
2. ใบสำคัญรับเงิน
3. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
4. สำเนาใบขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตอบแทน (AP)

ตัวอย่าง



การศึกษาคณะเภสัชศาสตร์
โรงเรียนพยาบาลวิเศษฯราชวิทยาลัย
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 1360

ที่ ทว 78.08/
วันที่ 1 พฤษภาคม 2564

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทนบุคคลภายนอก ม.มหิดล (ผ่านระบบ AP) ครั้งที่ 1


เรียน คณะที่

สิ่งที่ส่งมาด้วย	1. ใบสำคัญรับเงิน	จำนวน 1 แผ่น
	2. สำเนาหน้าบัญชี	จำนวน 1 แผ่น
	3. สำเนาบัตรประชาชน	จำนวน 1 แผ่น
	4. สำเนารายละเอียดโครงการ	จำนวน 1 ชุด

ตามที่ โครงการการศึกษาคณะเภสัชศาสตร์ของกรมการแพทยระดับต้นแบบภายใต้การกำกับของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และโครงการได้ตั้งงบประมาณขอค่าตอบแทนให้กับผู้ปฏิบัติงาน ตามประกาศรายชื่อข้อ 2 หมวดค่าตอบแทนบุคคลภายนอก ม.มหิดล (ผ่านระบบ AP) ไปให้ นางสาวพินิจวรรณ ไชยสิทธิ์ ผู้ช่วยวิจัย ระยะเวลา 12 เดือน รวมเงินทั้งสิ้น 36,000 บาท (สามหมื่นหกพันบาทถ้วน) โดยมีกำหนดจ่ายเป็นจำนวน 3 ครั้ง ดังนี้

ในการนี้ ทางโครงการวิจัย ขออนุมัติเบิกค่าตอบแทนบุคคลภายนอก ในครั้งที่ 1 จำนวนเงิน 12,000 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายให้โดยโครงการวิจัยชื่อดังกล่าว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาเป็นต้นขอเสนอให้ท่านพิจารณา และโปรดลงชื่อ


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อานูชิต จิตธิรอน)

หัวหน้าโครงการ

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายการคลัง


เพื่อให้มีหลักฐานการอนุมัติเบิกเงินค่าตอบแทน
จำนวน 12,000 บาท (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน) จากเงิน
ของโครงการวิจัย

(นางศุภรณมา เข็มแก้ว)
หัวหน้างานคลังและพัสดุ

การเบิกค่าตอบแทนบุคคลภายนอก (AP) (ต่อ)

2. ใบสำคัญรับเงิน

ตัวอย่าง



ใบสำคัญรับเงิน
Receipt

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า นางสาวพัชระวรรณ ไชยสังข์ / ชื่อ 202/192 หมู่ที่ 9 / เลขที่

นางสาวพัชระวรรณ ไชยสังข์ / เลขที่บัตร

พ.จ.ช.บ.ช. เมืองศรีสะเกษ / จังหวัด ศรีสะเกษ

ไม่ได้รับจาก (เป็นแบบ) การศึกษาสังกัดบุคลากรของภาคการศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล สาขาการคลัง/บัญชี / สถาบันขยายการเรียน

รายการ / Item(s)	จำนวนเงิน / Amount	
	บาท/บาท	สต./สต.
ค่าตอบแทนบุคคลภายนอก (ผ่านระบบ AP) งวดที่ 1	12,000	-
รวมเงิน (เป็นบาท) (บาท/บาท) (หนึ่งหมื่นสองพันบาทถ้วน)	12,000	-

จะรับเงินไปใช้ในการปฏิบัติงานหรือ

ศิริลักษณ์ จิราธิกุล
(นางสาว. ภาว. จิราธิกุล วิชาเภสัช)

ลงชื่อ ศิริลักษณ์ จิราธิกุล ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ พัชระวรรณ ไชยสังข์ ผู้รับเงิน

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาว. จิราธิกุล) (นางสาวพัชระวรรณ ไชยสังข์)

วันที่ _____ วันที่ _____

หมายเหตุ: แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินไว้ด้วยเสมอ (ถ้ามี)
Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required.

การตรวจวิเคราะห์/การใช้เครื่องมือจากหน่วยงาน ภายในคณะฯ / มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

การเบิกค่าสัตว์ทดลอง / การตรวจวิเคราะห์ / การใช้เครื่องมือ / ค่าใช้ห้องประชุม , ค่าบริการงานพรินท์เอกสาร , ค่าบริการจัดส่งจดหมาย ของหน่วยงานภายในคณะฯ และหน่วยงานในมหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน) จะทำการตัดจ่ายผ่านการตัดโอนเงินระหว่างหน่วยงาน ดังนั้นผู้วิจัยไม่จำเป็นต้องสำรองเงินจ่ายไปก่อน

กรณีใช้บริการตรวจวิเคราะห์ / การใช้เครื่องมือของ รพ.ศิริราช, รพ.รามา ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก หรือหน่วยงานในมหาวิทยาลัยที่ไม่มีบริการตัดโอนเงินระหว่างหน่วยงาน ให้ดำเนินการผ่านหน่วยพัสดุ



การเบิกค่าวัสดุทดลอง


เอกสารประกอบการเบิก

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าวัสดุทดลอง
2. ใบแจ้งหนี้ค่าวัสดุทดลอง
3. สำเนาขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
4. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าวัสดุทดลอง

ตัวอย่าง

งานคลังและวัสดุ
วันที่ ๑๙๖
วันที่ ๒๔ ส.ค. ๒๕๖๕
17๖๓



ภาควิชาเภสัชวิทยา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 5630, 1606

วันที่ 2๔ สิงหาคม 2565
เรื่อง ขออนุมัติจ่ายค่าวัสดุทดลองให้ศูนย์วัสดุทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
สิ่งที่แนบมาด้วย ใบแจ้งหนี้จำนวน 2 ฉบับ

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง


ด้วย ผศ.ดร.ภก.ธีรศักดิ์ เหลืองมันคง มีความจำเป็นต้องใช้วัสดุทดลองและวัสดุในการปฏิบัติงานของโครงการการศึกษาของไขโคเลสเตอรอลต่อการทำงานของเอนไซม์ไลโปโปรตีนและยาธิสภาพที่ตับ (เลข Internal order: IC864082046000) จากสำนักวัสดุทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายละเอียดดังนี้


1. Mlac: ICR หมูป่าเพศผู้ จำนวน 16 ตัว พร้อมกล่องบรรจุและค่าขนส่ง	2,7๖๐.-
2. ซิงซ์ไฟฟสด จำนวน 1 คู่	๘๕๐.-
	รวม ๓,๖๑๐.-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจ่ายค่าวัสดุทดลองให้ศูนย์วัสดุทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามใบแจ้งหนี้จำนวน 2 ฉบับที่แนบมาด้วย

ธีรศักดิ์ (๒๕๖๕๑๐๑)
(ผศ.ดร.ภก.ธีรศักดิ์ เหลืองมันคง)
หัวหน้าโครงการวิจัย

เป็น รอคัดบัญชีไปพร้อมด้วย -
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกเป็นค่าวัสดุทดลอง
และจ่ายให้คน จำนวนใน ๕,๖๑๐ บาท ตามแนบมาด้วย
แปดฉบับพร้อมกัน) จากเงินรายได้มหาวิทยาลัย


 นางพรพรรณ เยี่ยมภิรมย์
หัวหน้างานคลังและวัสดุ
24 ส.ค. 2565

อนุมัติ

 (ผู้อำนวยการศูนย์ วัสดุฯ) ชัยวัฒน์พานิช
 รองคณบดีฝ่ายการคลัง
 ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์
 24 ส.ค. 2565

การเบิกค่าสัตว์ทดลอง (ต่อ)

2. ใบแจ้งหนี้ค่าสัตว์ทดลอง

ตัวอย่าง

1381
 ใบส่งเงินค่าและใบแจ้งหนี้



ศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนสุขุมวิทซอย 4 ตำบลคลองเตย 4 ตำบลคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัทพ์ 02-4419699 (สายตรง) โทรสาร 02-4410175, 02-4419342 ต่อ 107,111 โทรสาร 02-4419341
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378


เลขที่ 651419 วันที่ 24/8/2565

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน: MU529 เลขที่ใบสั่ง 651419 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 447 ถนนศรีอยุธยา กรุงเทพมหานคร เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 สถานที่ส่ง สถานเลี้ยงสัตว์ทดลอง ชั้น 8 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 โทรศัพท์ 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 โทรสาร 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 ชื่อผู้ติดต่อ ผศ. ดร. ภก. ธีรพันธ์ เหลืองมันคง วิธีการส่ง ส่งโดย รถยนต์
 หมายเลข 0720 1/2 หมายเลข 0720 2/2

ชนิดสินค้า	ราคาขายปลีก	เพศ	อายุ	น้ำหนัก (กรัม)	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	
ICRML130M Mlac ICR		ผู้	6-6	30-35	16 ตัว	130.00	2,080.00	
BX350	กล่องบรรจุสัตว์ทดลอง สำหรับหนู Outbred				1 กล่อง	350.00	350.00	
ค่าขนส่ง								300.00
(รวมเงิน)							สองพันเจ็ดร้อยสามสิบบาทถ้วน (ตัวอักษร)	รวมเงิน 2,730.00

ได้รับสินค้าถูกต้องครบถ้วนแล้ว


ผู้สั่งซื้อ

เวลาส่งสินค้า


ผู้รับ

เวลารับสินค้า

วันที่รับ

หมายเหตุ

- กรณีสินค้าส่งล่าช้าหรือมีข้อผิดพลาดขอสงวนสิทธิ์ไม่รับผิดชอบ ผู้สั่งซื้อ จะไม่รับผิดชอบสินค้าจากทางเราจนรับแล้ว
- ผู้สั่งซื้อสินค้าและวิธีการ โดยก่อนนำเงินไปรับแจ้งที่กรมศุลกากรขอสงวนสิทธิ์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา ม.มหิดล โทรศัทพ์ 02-4419699 (สายตรง) โทรสาร 02-4410175 โทรสารภายใน 02-441-9341
- สินค้าจากต่างประเทศโดยโทรศัพท์ 02-4410175 โทรสารภายใน 02-441-9341
- ศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานราชการ ไม่มีการยกเว้นไม่คิดค่าธรรมเนียม
- ท่านสามารถแจ้งรายละเอียดสินค้าและค่าบริการต่างๆ ผ่านช่องทางนี้
 - e-mail : plac@finance@mahidol.ac.th
 - LINE ID : @379ciphx



ตัวอย่าง

1382
 ใบส่งเงินค่าและใบแจ้งหนี้



ศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล
999 ถนนสุขุมวิทซอย 4 ตำบลคลองเตย 4 ตำบลคลองเตย กรุงเทพมหานคร 10110 โทรศัทพ์ 02-4419699 (สายตรง) โทรสาร 02-4410175, 02-4419342 ต่อ 107,111 โทรสาร 02-4419341
เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0994000158378

เลขที่ 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565

ชื่อบริษัท/หน่วยงาน: MU529 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 447 ถนนศรีอยุธยา กรุงเทพมหานคร เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
 สถานที่ส่ง สถานเลี้ยงสัตว์ทดลอง ชั้น 8 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

โทรศัพท์ 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 โทรศัพท์ 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 โทรสาร 085-1337666 เลขที่ใบสั่ง 651420 วันที่ส่งสินค้า 15/8/2565
 ชื่อผู้ติดต่อ ผศ. ดร. ภก. ธีรพันธ์ เหลืองมันคง วิธีการส่ง ส่งโดย รถยนต์
 หมายเลข 0720 2/2 หมายเลข 0720 2/2

ชนิดสินค้า	ราคาขายปลีก	เพศ	อายุ	น้ำหนัก (กรัม)	จำนวน	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน	
6E0RBD9	ชิ้นข้าวโพด (Com Cob)				1 ถุง	450.00	450.00	
ค่าขนส่ง								0.00
(รวมเงิน)							สี่ร้อยห้าสิบบาทถ้วน (ตัวอักษร)	รวมเงิน 450.00

ได้รับสินค้าถูกต้องครบถ้วนแล้ว


ผู้สั่งซื้อ

เวลาส่งสินค้า


ผู้รับ

เวลารับสินค้า

วันที่รับ

หมายเหตุ

- กรณีสินค้าส่งล่าช้าหรือมีข้อผิดพลาดขอสงวนสิทธิ์ไม่รับผิดชอบ ผู้สั่งซื้อ จะไม่รับผิดชอบสินค้าจากทางเราจนรับแล้ว
- ผู้สั่งซื้อสินค้าและวิธีการ โดยก่อนนำเงินไปรับแจ้งที่กรมศุลกากรขอสงวนสิทธิ์ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา ม.มหิดล โทรศัทพ์ 02-4419699 (สายตรง) โทรสาร 02-4410175 โทรสารภายใน 02-441-9341
- สินค้าจากต่างประเทศโดยโทรศัพท์ 02-4410175 โทรสารภายใน 02-441-9341
- ศูนย์สัตว์ทดลองแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นหน่วยงานราชการ ไม่มีการยกเว้นไม่คิดค่าธรรมเนียม
- ท่านสามารถแจ้งรายละเอียดสินค้าและค่าบริการต่างๆ ผ่านช่องทางนี้
 - e-mail : plac@finance@mahidol.ac.th
 - LINE ID : @379ciphx





การเบิกค่าวัสดุทดลอง (ต่อ)

3. สำเนาขออนุมัติในหลักการ

ตัวอย่าง

เอกสารที่ ๓ ค.

คณะเภสัชศาสตร์
เลขที่: 3619
วันที่: 27 ส.ค. 2564
เวลา: 14.23 น.

ภาควิชาเภสัชวิทยา
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร 5624

ที่ อร 78.087/66
วันที่ 27 สิงหาคม 2564
เรื่อง ขออนุมัติในหลักการเบิกค่าใช้จ่ายในการดำเนินการวิจัย ขอบรับสนับสนุนวิจัยเฉพาะสาขา Specific League Funds
เรียน คณบดี

ตามที่ข้าพเจ้า นายอิทธิศ เพลื่อนินท ไร้วี เป็นผู้ยื่นขออนุมัติโครงการยื่นขอเสนอขอทุนการศึกษาเพื่อเพิ่มอันดับ World University Rankings by Subject (ทุนสนับสนุนวิจัยเฉพาะสาขา Specific League Funds) ประจำปีงบประมาณ 2564 เพื่อ การศึกษาของนักศึกษาในโครงการยื่นขอเสนอขอทุนเพื่อเพิ่มอันดับโลกและขอทุนการศึกษา (และ Internal order: K0864021046000) ในการเข้าแข่งขันประกวดจะขออนุมัติในหลักการเบิกค่าใช้จ่ายในการใช้เงินขุมวิทย์ งบที่ 1 จำนวนเงิน 419,200 บาท (สี่แสนหนึ่งพันเก้าร้อยยี่สิบห้าบาทถ้วน) รายละเอียดตามเอกสารแนบ เพื่อใช้ในการดำเนินการโครงการวิจัย

โครงการตามยุทธศาสตร์วิจัย (ชื่อ.....)

โครงการอื่น (โครงการยื่นขอเสนอขอทุนการศึกษาเพื่อเพิ่มอันดับ World University Rankings by Subject (ทุนสนับสนุนวิจัยเฉพาะสาขา Specific League Funds) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2564)

อื่น ๆ (เช่น ค่าตอบแทน, ค่าใช้สอย ฯลฯ)

อิทธิศ เพลื่อนินท
(อิทธิศ เพลื่อนินท)
หัวหน้าโครงการ

ศ. (พิเศษ) เพลื่อนินท
(ภ.ส. ลงนาม รับทราบ)
ผู้อำนวยการศูนย์ควบคุมยาวิจัยและนวัตกรรม

การขออนุมัติในหลักการเรื่อง

อยู่ในแผนปีรายได้อัตโนมัติ ประจำปี..... อยู่ในแผนปีรายได้อื่นๆ (ในหัวของภาควิชา.....)

ไม่อยู่ในแผนปีรายได้อะไร อื่นๆ (รับขอเงิน, เงินฯ) กองทุนในรายได้ คณะเภสัชศาสตร์ จัดสรรสิทธิ์ (10101005)

เห็นสมควรให้พิจารณาอนุมัติในหลักการ โดยให้จ่ายเช่นนี้

รายการ	มูลค่า	ส่วนต่าง	จำนวน
<input type="checkbox"/> เงินงบประมาณประจำปี	0	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> เงินรายได้ภายในมหาวิทยาลัย	419,200	0	0
<input type="checkbox"/> เงินรายได้จาก (ปีงบประมาณ.....)	0	0	0
<input type="checkbox"/> โครงการขอทุนเฉพาะรายปี	0	0	0
<input type="checkbox"/> ขออนุมัติในหลักการเฉพาะรายปี	0	0	0
<input checked="" type="checkbox"/> ขออนุมัติในหลักการรายปีพิเศษ โครงการประจำปีพิเศษ	419,200	0	0
<input type="checkbox"/> ขออนุมัติในหลักการรายปีพิเศษ โครงการประจำปีพิเศษ	0	0	0

ลงชื่อ..... สราภรณ์ เพลื่อนินท
จึงนับรายการขออนุมัติและแนบ
วันที่ 27 ส.ค. 64

คันเรื่อง	<input type="checkbox"/> รานคลังและพัสดุ	<input checked="" type="checkbox"/> อนุมัติในหลักการ	<input type="checkbox"/> ไม่อนุมัติ
	<input checked="" type="checkbox"/> เจ้าของโครงการ		
สำเนา	<input checked="" type="checkbox"/> เจ้าของโครงการ		
	<input checked="" type="checkbox"/> รานคลังฯและแผน		
	<input checked="" type="checkbox"/> รานคลังและพัสดุ		
	<input checked="" type="checkbox"/> หน่วยบริหารงานบุคคล		

ลงชื่อ.....
คณบดี/ผู้อำนวยการแทนคณบดี
วันที่ 27 ส.ค. 64

27 ส.ค. 2564



การเบิกค่าสั้วทดลอง (ต่อ)

4. สำเนาตารางค่าใช้จ่ายของโครงการ

ตัวอย่าง

SLF_Form02

ตารางแจกแจงรายละเอียดค่าใช้จ่าย

ทุนอุดหนุนโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์เพื่อผลักดัน World University Ranking by Subject (ทุนสนับสนุนวิจัยเฉพาะสาขา Specific League Funds) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564
งบประมาณ...500,000 บาท.....

.....
Internal Order (IO).....864082046000.....

.....
ชื่อโครงการ: การศึกษาของโคเลคแตสเซอรินอลต่อการทำงานของเอนไซม์เทโลเมอเรสและพยาธิสภาพที่ตับ

.....
คณะ/สถาบัน คณะเภสัชศาสตร์ ภาควิชาภาควิชาเภสัชวิทยา..... โทรศัพท์.....085-1337656..... E-mailtheerut.lua@mahidol.ac.th.....

หมวดรายจ่าย/รายการ	งวดที่ 1 (80%)	งวดที่ 2 (20%)	จำนวนเงิน
งบบุคลากร			
ค่าจ้าง/ค่าตอบแทน บุคคลภายนอก (เข้าระบบ payroll)	96,000	0	96,000
หมวดค่าตอบแทน (โปรดระบุ)			
ค่าตอบแทนหัวหน้าโครงการ อ.ดร.ธีรศักดิ์ เหลืองมันักง เดือนละ 8,000 บาท x 12 เดือน	96,000		96,000
ค่าตอบแทน บุคคลภายนอกมหิดล (ผ่านระบบ AP)	0	0	0
- นาย ก. สังกัด (เดือนละ..... บาท) (ระยะเวลา เดือน) (ระยะเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด)			
- นาย ข. สังกัด (เดือนละ..... บาท) (ระยะเวลา เดือน) (ระยะเวลาเริ่มต้น - สิ้นสุด)			
งบดำเนินงาน	323,200	80,800	404,000
หมวดค่าจ้างเหมาผู้ช่วยวิจัย	0	0	0
หมวดค่าใช้สอย (ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ เป็นต้น)	48,000	12,000	60,000
หมวดค่าวัสดุ (ค่าสั้วทดลองและการเลี้ยงสัตว์ทดลอง, ค่าสารเคมีและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ระหว่างการศึกษา เป็นต้น)	235,200	58,800	294,000
หมวดค่าใช้จ่ายอื่นๆ (Article processing fee)	40,000	10,000	50,000
งบลงทุน	0	0	0
หมวดค่าครุภัณฑ์			
รวมทั้งสิ้น	419,200	80,800	500,000

หมายเหตุ: ค่าใช้สอยและค่าวัสดุ ตัวเฉลี่ยทุกรายการ

(.....)
(หัวหน้าโครงการ)

(หัวหน้าโครงการ)

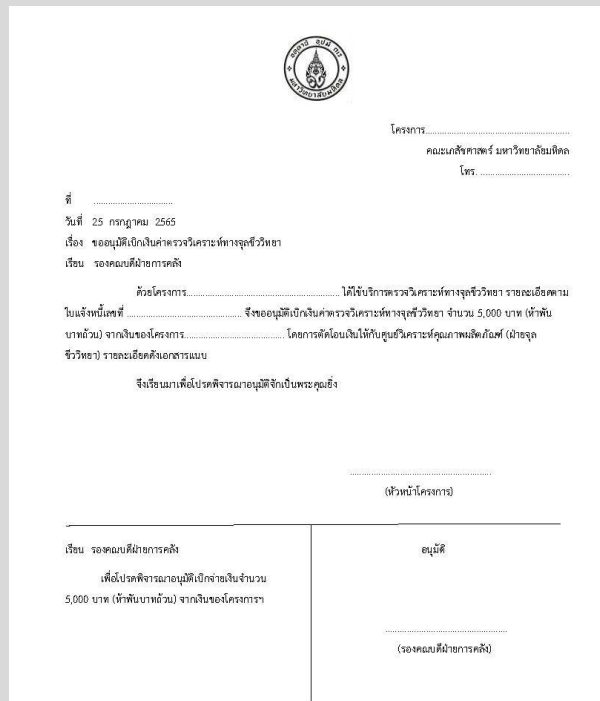
การเบิกค่าตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานภายในคณะฯ / มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)


เอกสารประกอบการเบิก

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตรวจ วิเคราะห์
2. แบบฟอร์มการขอรับบริการ
วิชาการ
3. ใบเสนอราคา
4. ใบแจ้งหนี้
5. สำเนาขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง)
6. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตรวจวิเคราะห์

ตัวอย่าง





โครงการ.....
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร.

ที่

วันที่ 25 กรกฎาคม 2565

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง

ด้วยโครงการ..... ได้ใช้บริการตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา รายละเอียดตาม
ใบแจ้งหนี้เลขที่..... จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าตรวจวิเคราะห์ทางจุลชีววิทยา จำนวน 5,000 บาท (ห้าพัน
บาทถ้วน) จากเงินของโครงการ..... โดยการตัดโอนเงินให้กับศูนย์วิเคราะห์คุณภาพผลิตภัณฑ์ (ฝ่ายจุล
ชีววิทยา) รายละเอียดขอทราบแนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติจิกเป็นพระคุณยิ่ง

(หัวหน้าโครงการ)

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเงินจำนวน 5,000 บาท (ห้าพันบาทถ้วน) จากเงินของโครงการฯ	อนุมัติ (รองคณบดีฝ่ายการคลัง)
---	--



การเบิกค่าตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานภายในคณะฯ / มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน) (ต่อ)

2.แบบฟอร์มการขอรับบริการวิชาการ

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มการขอรับบริการวิชาการ
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล
(สำหรับผู้ขอรับบริการที่เป็นบุคลากรในคณะฯ)

เลขที่เอกสาร : PY-M-300
เลขที่ใบเสร็จ : 1 ตุลาคม 2562
วันที่ :

เลขที่อ้างอิงงานบริการ (JOB ID) : 21/64 เลขที่อ้างอิงตัวอย่างทดสอบ (Sample ID) : _____

ชื่อตัวอย่าง : น้ำดื่ม NICE (ขวด) จำนวน : 1 ตัวอย่าง

ประเภท ข้ามเนื้จุ่ม เครื่องสำอาง อื่นๆ

เลขทะเบียน (Reg. No.) : 10-1-6010023130 หมายเลข Lot No. : 0111030926 Batch No. : _____

วันที่ผลิต (Mfg. date) : 3/5/64 วันหมดอายุ (Exp. date) : 3/5/16 สถานที่เก็บตัวอย่าง : กรมกวด

ลักษณะตัวอย่าง : น้ำดื่ม

บริษัท/ชื่อ : _____ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ลำดับที่	รายการให้บริการ	อัตราค่าบริการ
1.	Total viable aerobic plate count	1,000.- บาท/ตัวอย่าง
2.	Tests for specified microorganisms - Bile-tolerant gram-negative bacteria - Escherichia coli - Staphylococcus aureus - Salmonella spp. - Clostridium spp. - Pseudomonas aeruginosa - Candida albicans	1,500.- บาท/ตัวอย่าง 700.- บาท/ตัวอย่าง 700.- บาท/ตัวอย่าง = 700 800.- บาท/ตัวอย่าง 1,200.- บาท/ตัวอย่าง = 1,200 700.- บาท/ตัวอย่าง = 700 1,000.- บาท/ตัวอย่าง = 1,000
3.	Antibiotic assay	4,000.- บาท/ตัวอย่าง
4.	Antimicrobial effectiveness test (Challenge test)	6,000.- บาท/ตัวอย่าง
5.	Sterility test	2,000.- บาท/ตัวอย่าง
6.	Antimicrobial susceptibility test (Diffusion test)* - เชื้อ Aerobes - เชื้อ Anaerobes *กรณีมีเชื้อทดสอบอยู่ที่คณะฯ กรุณาแจ้งชื่อเชื้อทดสอบให้	600.- บาท/ตัวอย่างเชื้อ 1,000.- บาท/ตัวอย่างเชื้อ
7.	Antimicrobial susceptibility test (MIC/MIC)* - เชื้อ Aerobes - เชื้อ Anaerobes *กรณีมีเชื้อทดสอบอยู่ที่คณะฯ กรุณาแจ้งชื่อเชื้อทดสอบให้	1,000.- บาท/ตัวอย่างเชื้อ 1,500.- บาท/ตัวอย่างเชื้อ
8.	การตรวจหาเชื้อและการจำแนกชนิดของเชื้อ : แบบหัตถ์	1,500.- บาท/ตัวอย่าง/ชนิด
9.	การตรวจหาเชื้อและการจำแนกชนิดของเชื้อ : อัตโนมัติ	2,000.- บาท/ตัวอย่าง/ชนิด
10.	Antioxidant activity (chemical method) - DPPH (เป็นกรณีของตัวอย่างอื่น) 2 ตัวอย่าง	3,000.- บาท/ตัวอย่าง

หมายเหตุ: บัตรรับรองผลการตรวจ

แบบฟอร์มการขอรับบริการวิชาการ
ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล
(สำหรับผู้ขอรับบริการที่เป็นบุคลากรในคณะฯ)

เลขที่เอกสาร : PY-M-300
เลขที่ใบเสร็จ : 1 ตุลาคม 2562
วันที่ :

ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้ ครอบคลุมเงินจำนวน 3,600 บาท

ค่าบริการ : _____

(สำหรับเจ้าหน้าที่) รายการอาหารเลี้ยงเชื้อ/สารเคมี/อุปกรณ์อื่นๆ ของผู้ให้บริการที่นำมาใช้ในราคาพิเศษ รวม _____

รายการประกอบด้วย

ประสงค์จะรับตัดโอนครั้งบริการ ไม่ประสงค์จะรับตัดโอนครั้งบริการ

ชื่อ : _____ ที่อยู่ : _____
() ()
ผู้เสนอ : _____ วันที่ : _____
เจ้าหน้าที่ภาควิชาจุลชีววิทยา

ณ วันที่ ๑๑.๑๐.๖๒ ศิริประทีป

รองหัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริประทีป


ผู้อำนวยการ
ดร.ศิริประทีป

วันที่ : _____

การเบิกค่าตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานภายในคณะฯ / มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน) (ต่อ)

3. ใบเสนอราคา

ตัวอย่าง



ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
587 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงจตุจักร กทม. 10400
โทรศัพท์โทรสาร 02-6448692

ใบเสนอราคา

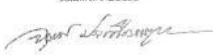
เลขที่ อร 78.082/108
วันที่ 11 สิงหาคม 2564
เรียน สถาบันเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ด้วย ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอส่งใบเสนอราคาค่าบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง
ด้านจุลชีววิทยา ในอัตราค่าบริการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการตรวจวิเคราะห์	ราคาหน่วย (บาท)	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนเงิน (บาท)
1.	Tests for specified microorganisms - S. aureus - Clostridium spp. - P. aeruginosa - C. albicans	700.- บาท/ตัวอย่าง 1,200.- บาท/ตัวอย่าง 700.- บาท/ตัวอย่าง 1,000.- บาท/ตัวอย่าง	1 1 1 1	700.- 1,200.- 700.- 1,000.-
รวมราคาค่าบริการทั้งสิ้น				3,600.-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย ขอเรียนขอคุณถึง

รับรองสำเนาถูกต้อง


รณเดชสวนานันท์

ผู้อำนวยการ ภา.เภสัชฯ ประเด็นทดลอง
พิทยานุกาฬจุลชีววิทยา

หมายเหตุ 1. โปรดชำระค่าบริการไปยังหน่วยงาน "คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล" หรือโอนเงินเข้าบัญชี
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่บัญชี 016-210322-5 สาขาชีวิต หรือชำระเป็นเงินสดที่
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และเมื่อชำระแล้วกรุณาส่งใบโอนเงินหรือใบรับเข้าบัญชี ภาควิชา
จุลชีววิทยา เพื่อลงมือดำเนินการต่อไป

2. ระยะเวลาที่ดำเนินการทดลอง รวมภายใน 1 เดือน หลังได้รับตัวอย่าง

การเบิกค่าตรวจวิเคราะห์จากหน่วยงานภายในคณะฯ / มหาวิทยาลัย(ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน) (ต่อ)

4. ใบแจ้งหนี้ ตัวอย่าง



ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
447 ถนนศรีอยุธยา เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400
โทรศัพท์/โทรสาร 02-4448892

ใบแจ้งหนี้

เลขที่ ๓๓ 78.082/109
วันที่ 11 สิงหาคม 2564
เรียน สถาบันเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล


รับรองสำเนาถูกต้อง

ด้วย ภาควิชาจุลชีววิทยา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ขอส่งใบแจ้งหนี้ค่าบริการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง พร้อมแนบบทฟอร์มการขอรับบริการวิชาการ และแจ้งอัตราค่าบริการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการตรวจวิเคราะห์	ราคาดำเนินการ (บาท)	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนเงิน (บาท)
1.	Tests for specified microorganisms:			
	- S. aureus	700.-	1	700.-
	- Clostridium spp.	1,200.-	1	1,200.-
	- P. aeruginosa	700.-	1	700.-
	- C. albicans	1,000.-	1	1,000.-
รวมราคาดำเนินการทั้งสิ้น				3,600.-

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย ขอเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ


 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ช.ชอุรวรต์ ประเดืองแสงกุล)
 หัวหน้าภาควิชาจุลชีววิทยา

หมายเหตุ 1. โปรดชำระค่าบริการล่วงหน้าเป็นเงินสด โดยผ่าน "คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล" หรือโอนเงินผ่านบัญชี
 ออมทรัพย์ ธนาคารกสิกราสีบลู แลนด์ บัญชี 016-210322-3 สาขาพิเศษ หรือชำระเป็นเงินสดที่
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และมีค่าธรรมเนียมการโอนเงินไปยังบัญชี ภาควิชา
 จุลชีววิทยา (เพื่อจะได้ดำเนินการต่อไป)

2. จะเป็นเวลาที่ใช้สำหรับการทดสอบ รวมภายใน 1 เดือน หลังจากวันรับตัวอย่าง



การเบิกค่าใช้จ่ายเครื่องมือจากหน่วยงานภายในคณะ ฯ / มหาวิทยาลัย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

เอกสารประกอบการเบิก

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายเครื่องมือหน่วยวิจัยกลาง
2. สำเนาขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
4. ใบแจ้งหนี้/ใบสั่งงาน
5. ประกาศคณะเภสัชศาสตร์ เรื่อง อัตราค่าบริการเครื่องมือวิทยาศาสตร์ของหน่วยเครื่องมือวิจัยกลาง

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายเครื่องมือของหน่วยวิจัยกลาง

ตัวอย่าง

โครงการ
คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร.

ที่
วันที่ 25 กรกฎาคม 2565
เรื่อง ขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายเครื่องมือหน่วยวิจัยกลาง
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง

ตามนี้โครงการ ได้ใช้บริการเครื่อง (CP ของหน่วยเครื่องมือวิจัยกลาง รายละเอียดตามใบแจ้งหนี้เลขที่ CRU-FR-000000000) จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายเครื่องมือเป็นจำนวนเงิน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) จากเงินของโครงการ โดยการตัดโอนเงินไปให้หน่วยเครื่องมือวิจัยกลาง รายละเอียดการแนบจึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกเป็นระยะดังนี้

(หัวหน้าโครงการ)

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกจ่ายเป็นจำนวน 15,000 บาท (หนึ่งหมื่นห้าพันบาทถ้วน) จากเงิน ของโครงการ	อนุมัติ (รองคณบดีฝ่ายการคลัง)
---	--------------------------------------

การเบิกค่าใช้จ่ายห้องประชุม , ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร , ค่าบริการ จัดส่งจดหมาย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

เอกสารประกอบการเบิก

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายห้องประชุม , ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร , ค่าบริการจัดส่งจดหมาย
2. สำเนาขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
3. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. เอกสารประกอบการแนบเบิกค่าใช้จ่ายห้องประชุม

1.1 แบบขอเช่าใช้สถานที่ ลงนามโดยหัวหน้าหน่วยอาคารสถานที่และยานพาหนะ

2. เอกสารประกอบการแนบเบิกค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร / ค่าบริการจัดส่งจดหมาย

2.1 บันทึกแจ้งค่าใช้จ่ายการขอรับบริการงานฟรีพอร์ต / ค่าบริการจัดส่งจดหมายทางไปรษณีย์ ออกโดยหน่วยสารบรรณ และลงนามโดยรองคณบดีฝ่ายบริหาร


2.2 ใบเสร็จรับเงินค่าบริการฝากส่งจดหมาย

การเบิกค่าใช้จ่ายประชุม , ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร , ค่าบริการ จัดส่งจดหมาย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

1. เอกสารประกอบการแนบเบิกค่าใช้จ่ายประชุม

1.1 แบบขอเข้าใช้สถานที่ ตัวอย่าง

วันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕


แบบขอเข้าใช้สถานที่
 (ระยะเวลาไม่เกิน ๓๐ วัน)

๑. เป็น ขอเสนอใช้สถานที่
 ชำนาญ ปรบวรโครงการบนเตียงปฏิบัติกร เรื่อง สุขภาพดีวิชาการฝึกชั้น พัฒนาการซึ่งกันอย่างไรดีและมีประโยชน์ต่อสุขภาพ
 แลบริดประชาชน
 นักศึกษาและ บุคลากรมหาวิทยาลัย คณะเภสัชศาสตร์ มหิดล
 บุคลากรนอก อื่นๆ (ระบุชื่อหน่วยงาน)

มีงานประสงค์ใช้สถานที่ภายในมหาวิทยาลัยมหิดล โครงการบนเตียงปฏิบัติกร เรื่อง สุขภาพดีวิชาการฝึกชั้น พัฒนาการ
 วัตถุประสงค์ใช้สถานที่และประโยชน์ต่อสุขภาพ ในวันที่ ๒๔ กรกฎาคม ๒๕๖๕

๑. ค่าห้องประชุม ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๕๒๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๕๒๐๐ x ๕๐%) = ๒๖๐๐ บาท
 ๒. ค่าห้องบรรยาย ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๒ x ๕๐%) = ๒๕๐๐ บาท
 ๓. ค่าวิทยากร ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 ๔. ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 ๕. ค่าเครื่องใช้พิเศษ ห้องประชุม ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 ๖. ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 ๗. ค่าตอบแทนวิทยากร ห้องปฏิบัติการ ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 ๘. ค่าตอบแทนวิทยากร ๓๐๕ ชั้น ๕ อาคารราชินี โฉนดราคา ๒๕๐๐ บาท จำนวน ๓ วัน (๒๕๐๐ x ๕๐%) = ๑๒๕๐ บาท
 รวมยอด จำนวนที่ ๘,๖๕๐ บาท คิดเป็นค่าห้องประชุมและจำนวนผู้ลงทะเบียน ๕๕ คน โฉนดราคาห้องประชุม ห้อง ๓๐๕
 ชั้น ๕ อาคารราชินี
 จำนวนที่ ๘,๖๕๐ บาท คิดเป็นร้อยละ ๒๕ ของอัตราค่าห้อง ๓๕๐๐ บาท จำนวน ๕๕ คน โฉนดราคาห้องเรียนพิเศษ

๒. ค่าใช้จ่าย
 ค่าเช่าใช้รถขนานตึกออกการใช้ที่เก็บและจอดรถ
 รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ๑๐,๖๕๐ บาท (หมื่นหนึ่งพันหกร้อยสิบบาทห้าสิบบาท)
 ค่าจ้าง ค่าจ้าง ส่วนรวมเป็นเงิน จำนวน.....บาท
 ค่าตอบแทนบุคลากรอาสาสมัคร จำนวน.....บาท
 อื่น ๆ

ลงชื่อ Prasanna Prunth ผู้ขอ
 (.....)

๓. ความเห็นเจ้าหน้า อนุญาต ไม่อนุญาต
 ความเห็นเป็นเช่น ขอให้ท่านกรณข่าข่ากรการใช้สถานที่และห้องประชุม ตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
 เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการเกี่ยวกับข่าข่ากรการใช้สถานที่และห้องประชุม จี ๒๕
 ลงชื่อ ศ. ศ. ศ. ศ. ลงชื่อ.....
 (หัวหน้าหน่วยราชการและนายแพทย์) (รองคณบดีฝ่ายบริหาร)

๒๕/๗/๒๕๖๕
 (วันที่นำเอกสารมาเสนอและนายแพทย์)

ผู้ขอใช้สถานที่

๑. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องยื่นขอเสนอใช้สถานที่ก่อน

๒. ไม่สามารถขอใช้สถานที่เกิน ๓๐ วัน

๓. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๔. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๕. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๖. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๗. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๘. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

๙. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

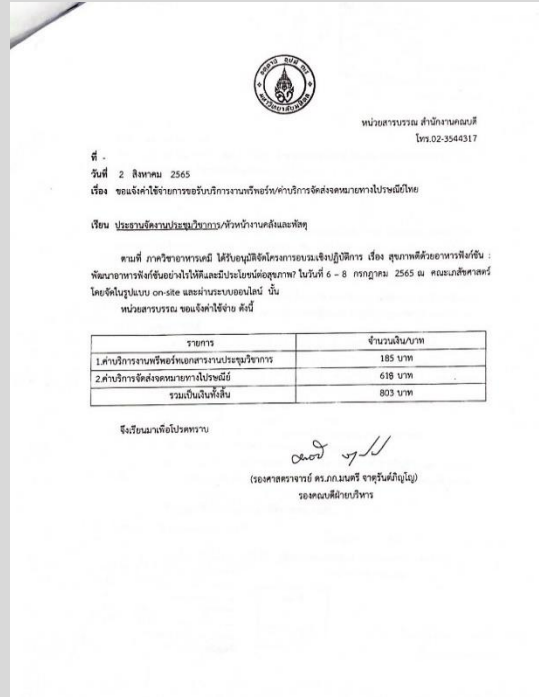
๑๐. ผู้ขอใช้สถานที่ต้องปฏิบัติตามระเบียบของมหาวิทยาลัย

การเบิกค่าใช้จ่ายห้องประชุม , ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร , ค่าบริการ จัดส่งจดหมาย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

2. เอกสารประกอบการแนบเบิกค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร / ค่าบริการจัดส่งจดหมาย

2.1 บันทึกแจ้งค่าใช้จ่ายการขอรับบริการงานฟรีพอร์ต / ค่าบริการจัดส่งจดหมายทางไปรษณีย์

ตัวอย่าง



หน่วยสารบรรณ สำนักงานคณะเภสัช
โทร.02-3544317

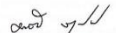
ที่ -
วันที่ 2 สิงหาคม 2565
เรื่อง ขอแจ้งค่าใช้จ่ายการขอรับบริการงานฟรีพอร์ต/ค่าบริการจัดส่งจดหมายทางไปรษณีย์ไทย

เรียน **ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยงานบริการพัฒนาระบบสารสนเทศ**

ตามที่ ภาควิชาเภสัชกรรม ได้เสนอขออนุมัติโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง สุขภาพดีวิถีอาหารพืชจีน : พัฒนาอาหารพืชจีนอย่างยั่งยืนและมีนวัตกรรมต่อยุคใหม่ ในวันที่ 6 - 8 กรกฎาคม 2565 ณ คณะเภสัชศาสตร์ โดยจัดในรูปแบบ on-site และผ่านระบบออนไลน์ เป็น
หน่วยสารบรรณ ขอแจ้งค่าใช้จ่าย ดังนี้

รายการ	จำนวนเงินบาท
1.ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสารรวมประชุมวิชาการ	185 บาท
2.ค่าบริการจัดส่งจดหมายทางไปรษณีย์	618 บาท
รวมเงินทั้งสิ้น	803 บาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


(รองศาสตราจารย์ ดร.ปรปORNchai จันทราตรี จงุพันธ์มณีภูมิ)
รองคณะบดีฝ่ายบริหาร



การเบิกค่าใช้จ่ายประชุม , ค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร , ค่าบริการ จัดส่งจดหมาย (ที่มีการตัดโอนเงินระหว่างกัน)

2. เอกสารประกอบการแนบเบิกค่าบริการงานฟรีพอร์ตเอกสาร / ค่าบริการจัดส่งจดหมาย


2.2 ใบเสร็จรับเงินค่าบริการฝากส่งจดหมาย

ตัวอย่าง

เมืองไทยเคเอ็ม จำกัด
ถนนวิภาวดีรังสิต กม. 10413
สาขาที่ 1217 Tel.
TAX ID: 010546095724
ใบกำกับภาษี (ใบกำกับภาษีคู่ขนานรายการ)
POS 001005000001344 RCP# 2012
21/07/2022 11:49:17 USER:thailandpost.ir
RCP#401997 W1 TR# 1056072
หมายเลข : HPOS-19005071
สถานะใบ : แยกใบกำกับภาษี แยกจำนวนเงิน

1) จดหมายไปรษณีย์พิเศษ
R3 5915 9181 6 TH - R3 5915 9181/ 2 ฟร
น้ำหนัก 0.005 Kg. TH 00000 1กม
N จดหมายไปรษณีย์พิเศษ
37฿.2.00 8111.00
N ลงพินเดิมใบส่ง-จด
37฿.13.00 8481.00

รวมทั้งสิ้น	8552.00
ส่วนลดยกเว้น	8552.00

ลงมือ  พนักงานบริษัท

(.....)

สมัครสมาชิกฟรี
POST Family มีค่าบริการลดพิเศษ และสิทธิ
สมาชิกพิเศษมากมายคลิกเพื่อดูรายละเอียด
สมัครสมาชิกฟรีที่
<https://postfamily.thailandpost.com>

จัดส่งจดหมายฟรีที่สถานีปลายทาง
Courier Post ส่งจดหมายพิเศษ
EWS World ส่งพัสดุ
ePacket ส่งพัสดุ
Logipost World ส่งจดหมาย
ตราฉลากฟรีพิเศษ (ใบกำกับส่งฟรีส่งทาง
<https://international.thailandpost.com>)

ตารางลดค่าขนส่งฟรีของจดหมายพิเศษพิเศษ
www.thailandpost.co.th โทร 1545
และ LINE : @thailandpost

1 เมษายน 65 เป็นต้นไป
ปรับใช้จากขนาดบริการ Courier Post, Logipost
World,
พัสดุไปรษณีย์ระหว่างประเทศสากล (Super Global)
รายละเอียดเพิ่มเติม
<https://international.thailandpost.com>

อัตราค่าบริการจัดส่งตามขนาด : ขึ้น
ลงลง-เป็นซอง 200 มก. ลงลง-เป็นกล่อง 500
มก.
ยกเว้นค่าจัดส่งของพัสดุส่งทาง 300/500 มก.
ขออนุญาตบริการ "จดหมายพิเศษ"
รับบริการได้สูงสุด 5,000 มก. ขึ้น
ไปขึ้นอยู่กับปริมาณพัสดุที่จัดส่ง

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ

ประกอบด้วย

1. ค่าที่พัก

2. ค่าพาหนะ

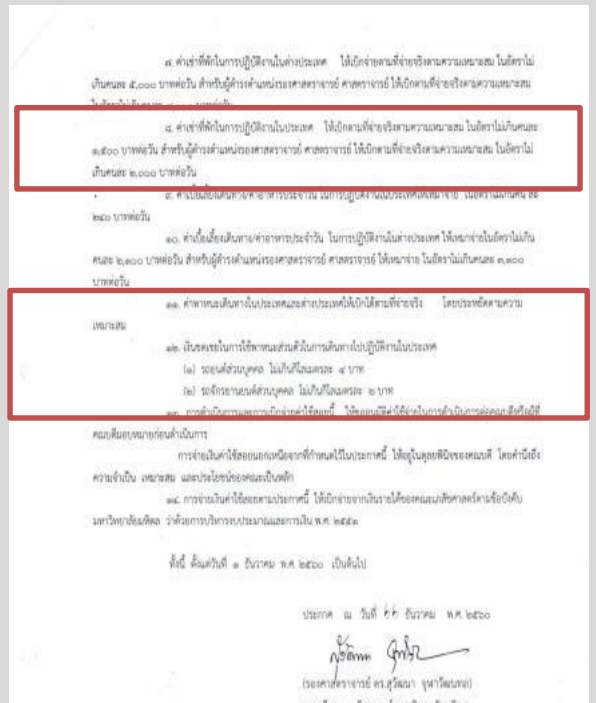
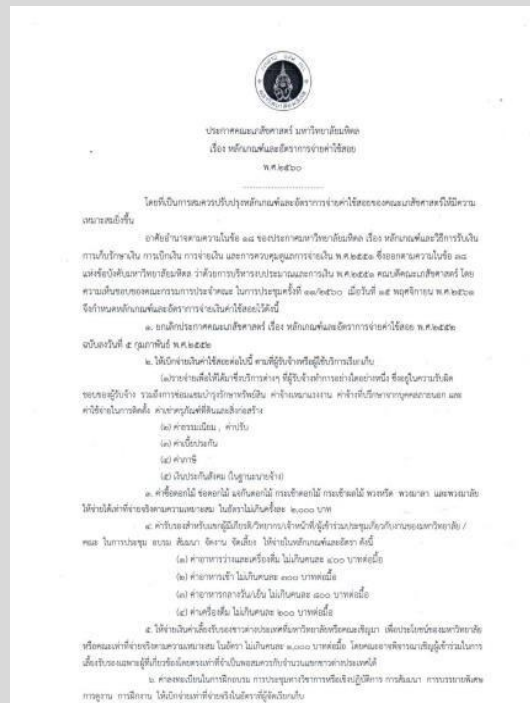
- ค่าเครื่องบิน

- ค่ารถโดยสาร

- ค่าชดเชยการใช้ยานพาหนะส่วนตัว

พาหนะส่วนตัว

ตามประกาศคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เรื่อง หลักเกณฑ์และอัตราการจ่ายค่าใช้จ่าย พ.ศ.2560



1. การเบิกค่าที่พัก

เอกสารประกอบการเบิก

1. ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 1)
2. หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 2) (กรณีที่เบิกค่าเดินทางเป็นที่พักรายการเดียวสามารถทำบันทึกเบิกเงินได้)
3. ใบเสร็จรับเงินและใบแจ้งรายการของโรงแรม (folio)
4. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

ตัวอย่าง

แบบฟอร์มการเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ

สัญญาเช่ารถโดยสารที่ ส่วนที่ 1
 ระบุวันที่เดินทาง
ส่วนที่ 1 (หน้า)
 เบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน

ชื่อผู้รับเงิน
 หน้าที่งาน คณะเภสัชศาสตร์
 วันที่ .. 3 .. เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2561

เรื่อง ขออนุมัติค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน
 ยื่น คณะฯ

คำสั่งตั้งเงินเดือนที่...ศส 0517 08844 ลงวันที่ 22 พฤษภาคม 2561 ไม่อนุมัติ
 ข้าพเจ้า นายสมชาย ภูมิกุลวณิช ตำแหน่ง อาจารย์ ตรี
 สังกัด คณะวิทยาศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พียงเดียว
 เดินทางไปปฏิบัติงาน เข้าร่วมประชุมและนำงานเอกสารวิชาการมาเสนอที่ เมือง Development of Immunology for
 analysis of nonhomologous B-lymphocytes in plant samples ในกรุงเทพฯ The 30th rd Phycopharm Congress 2018 ณ เดือน 23-25 พฤษภาคม 2561
 บ้านพัก สำนักงาน ปรอดพักเอง ตั้งแต่วันที่ 23 มิถุนายน 2561 เวลา 13.05 น.
 และกลับเมื่อ บ้านพัก สำนักงาน ปรอดพักเอง ตั้งแต่วันที่ 30 มิถุนายน 2561 เวลา 9.35 น.
 รวมเวลาเดินทางไปปฏิบัติงานทั้งสิ้น วัน ชั่วโมง

ข้าพเจ้าขอเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานส่วนที่ ๑ ๑ บาท ๐ คณะเดินทาง คดี
 ค่าเบี้ยเลี้ยงในต่างประเทศ จำนวน วัน รวม บาท
 ค่าเช่าที่พักในประเทศ จำนวน วัน รวม บาท
 ค่าอาหาร ค่าที่พักในประเทศ รวม 20,000 บาท
 ค่าใช้จ่ายอื่น รวม บาท
 จำนวนเงิน (คำศัพท์) สองหมื่นบาทถ้วน

ข้าพเจ้าขอรับรองรายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงและหลักฐานการจ่ายที่แนบมาจำนวน ฉบับ
 รวมทั้งจำนวนเงินที่ขอเบิกถูกต้องตามกฎระเบียบราชการ

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
 (นางสมชาย ภูมิกุลวณิช พ.ศ. ๖๖/๖๖)
 ตำแหน่ง

ไม่ขอรับเงินจากเงินเบิกจ่ายเพิ่มเติมผู้สมัคร
 เงินกองทุนเงินบำนาญข้าราชการ (เงินกองทุนเงินบำนาญข้าราชการ)

ลงชื่อ ส่วนที่ 1
 (นางสมชาย ภูมิกุลวณิช)
 ตำแหน่ง ตำแหน่งปัจจุบัน (ระบุตำแหน่งปัจจุบัน)
 ตำแหน่ง ตำแหน่งก่อนโอน (ระบุตำแหน่งก่อนโอน)

ไม่รับเงินไปใช้ในการเดินทางไป บาท
 (-สองหมื่นบาท) ไม่มีการหักเงิน

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
 (นางสมชาย ภูมิกุลวณิช พ.ศ. ๖๖/๖๖)
 ตำแหน่ง ตำแหน่ง
 วันที่ วันที่

หมายเหตุ

คำรับรอง

- กรณีเดินทางไปปฏิบัติงานและจัดค่าใช้จ่ายขณะเดินทางไปราชการ หากจะขอรับการปรับเงินเดือนและขึ้นค่า
 การเดินทางและค่าเบี้ยเลี้ยงส่วนราชการนั้น ให้แสดงรายละเอียดของวันและค่าที่รับราชการและขึ้นเงินเดือนตาม
 2. กรณีขอเบิกค่าใช้จ่ายนอกเหนือไปผู้รับเงินและผู้ส่งจ่ายค่าใช้จ่ายในและวันเดินทางที่รับเงิน กรณีที่มีกำหนด
 ไปปฏิบัติงานที่ต่างประเทศนั้น และค่าใช้จ่ายอื่นและวันเดินทางในต่างประเทศ
 3. กรณีที่มีนอกเหนือไปผู้รับเงินและผู้ส่งจ่ายค่าใช้จ่ายนั้นและวันเดินทางที่รับเงิน กรณีที่มีกำหนดไป
 ภายนอกประเทศให้แนบหลักฐานการจ่าย (ส่วนที่ ๑)

หลักฐานการจ่ายเงินเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน
 ชื่อส่วนงาน คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล จังหวัด กรุงเทพมหานคร
 ประสงค์ขอเบิกเงินไปใช้ในเดือน พ.ศ.
ส่วนที่ 2

ลำดับ	ชื่อ	จำนวน	ค่าเบี้ยเลี้ยง	ค่าที่พัก	ค่าอาหาร	ค่าใช้จ่ายอื่น	รวม	อนุมัติให้ ผู้รับเงิน	รับเงินได้ ผู้รับเงิน	หมายเหตุ
1	นางสมชาย ภูมิกุลวณิช พ.ศ. ๖๖/๖๖	จำนวน	-	-	20,000.00	-	20,000.00			
		รวมเงิน	-	-	๒๐,๐๐๐.๐๐	-	20,000.00	นายสมชาย ภูมิกุลวณิช		วันที่

จำนวนเงินทั้งสิ้น (คำศัพท์) (สองหมื่นบาทถ้วน)
 (นางสมชาย ภูมิกุลวณิช พ.ศ. ๖๖/๖๖)
 ตำแหน่ง
 วันที่

คำรับรอง

- กรณีมีนอกเหนือจากที่ปรากฏในหลักฐานการจ่ายเงินและจำนวนวันที่เดินทางไปราชการให้แนบหลักฐานการจ่าย
- ผู้ได้รับเงินและผู้ส่งจ่ายค่าใช้จ่ายนั้นและวันเดินทางที่รับเงิน กรณีที่มีกำหนดไปปฏิบัติงานที่ต่างประเทศ
- ผู้จ่ายเงินและผู้ส่งจ่ายค่าใช้จ่ายนั้นและวันเดินทางที่รับเงินและผู้ส่งจ่ายค่าใช้จ่ายนั้น

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

ตัวอย่าง

ใบเสร็จรับเงิน

เลขที่ 3394 No 169687 2601

LEE GARDENS HOTEL COMPANY LIMITED BRANCH 0001
บริษัท ลี การ์เดนส์ โฮเทล จำกัด สาขาที่ 00001
28 ถนนระชาธิวัฒน์ ซ.หัดใหญ่ 6 หาดใหญ่ ร.สงขลา 90110
TEL : 0-7426-1111 FAX : 0-7435-3555

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 0 8055 22009 03 3
ทะเบียนการค้า 89-89-3851

ใบเสร็จรับเงิน RECEIPT

วันที่ 08/03/19

ชื่อ นามสกุล นายจันทน์
ชื่อ บริษัท ลี การ์เดนส์ โฮเทล จำกัด
เลขที่ 447 อ.ศรีสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี 80100

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 90-80-6666 2,700.- บาท (สองพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

จำนวนเงิน 2,700 บาท (สองพันเจ็ดร้อยบาทถ้วน)

CASH CREDIT CARD CHEQUE BANK BRANCH DATE

วิธีรับเงิน วิธีรับ (ถอน) ผู้รับเงิน ผู้รับเงิน

ใบแจ้งรายการ (Folio)

The Haven Resort Co., Ltd.
BKK: 55 Soi Ramindra 23, Ramindra Rd., Anusawari, Bangkok, Bangkok 10220
Tel: 02-521-9233-4 Fax: 02-521-9235 Email: sales@haven-huahin.com
Hua Hin: 1449 Chaa Samut Rd., Cha-am, Phetchaburi 76120, Thailand.
Tel: +66(0) 3252 3023 Fax: +66(0) 3252 3028

Portfolio

Company: คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล Date: 10/02/2020
Address: 447 อ.ศรีสุราษฎร์ธานี จ.สุราษฎร์ธานี Page: 1
เบอร์โทร: กรุงเทพมหานคร 10400 Arrival: 8/02/2020
Depart: 10/02/2020

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0994000158378

ลำดับ	ชื่อ-สกุล	ห้องพัก	เลขที่เตียง	จำนวน	วันเช็คอิน-เช็คเอาท์	ค่าห้องพัก (บาท)
1	1. น.ศ. สุภาวดี งามใจรัตน์ (ศิษย์เก่า)	บนชั้น 8	217	2 คืน	8/02/2020-10/02/2020	4,000.00
2	1. น.ศ. นางสาวณิชากร ธรรมคุณศิริ 2. น.ศ. นพริษา นนททานันท์	บนชั้น 8	417	2 คืน	8/02/2020-10/02/2020	8,000.00
3	1. น.ศ. สุธนวิทย์ สรรพสวัสดิ์ 2. น.ศ. สุภาวดี งามใจรัตน์	บนชั้น 8	317	2 คืน	8/02/2020-10/02/2020	6,000.00
4	1. น.ศ. สุภาวดี งามใจรัตน์ 2. น.ศ. สุภาวดี งามใจรัตน์	บนชั้น 8	314	2 คืน	8/02/2020-10/02/2020	6,000.00
5	1. น.ศ. นพริษา นนททานันท์ 2. น.ศ. นพริษา นนททานันท์	บนชั้น 8	315	2 คืน	8/02/2020-10/02/2020	6,000.00
รวมทั้งหมด					ยอดรวม	30,000.00

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

2. ค่าพาหนะ

- ค่าตัวเครื่องบิน

เอกสารประกอบการเบิก

1. ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 1)
2. หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 2)
3. ใบเสร็จรับเงิน
4. กากบัตรโดยสาร (Boarding Pass) ทั้งขาไปและขากลับ
(ในกรณีซื้อแบบ Electronic Ticket (E-Ticket))
 - ใบรับเงินที่แสดงรายละเอียดการเดินทาง (Itinerary Receipt) ที่มีรายการดังนี้
 - ชื่อสายการบิน , ชื่อ-สกุล ผู้เดินทาง , ระบุต้นทาง-ปลายทาง , เลขที่เที่ยวบิน , วัน-เวลาเดินทาง และจำนวนเงิน
5. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
6. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

ตัวอย่าง

กากบัตรโดยสาร (Boarding Pass) และเอกสารการจองทาง Electronic

Bangkok Flight Services

Boarding Pass
Guest Copy

VZ109

NAME: PARICHATKANOND / WARISARA MRS
DATE: 15 FEB 2019
From: Chiang Mai International
To: Suvarnabhumi International

Boarding	Departure	Gate	Seat
19:05	19:45	12	16C

Seq# 49 PNR: 76338357

Counter: jprb@vietjetair.com 2019-02-15 17:36:49

Requests:

Baggs:

*** REMINDER ***
Boarding gate close at 15 MINUTES prior to departure
You will be denied boarding once gate close.

ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน
ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน

ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน

ใบแจ้งยอดชำระ
บริษัท เวียดนามแอร์ไลน์ จำกัด
302/3 Kim Ma Street, Ngoc Khanh Ward, Ba Dinh District, Ha Noi, Viet Nam
Tax Number: 0102325399

บริษัท ไทย เวียดนามแอร์ไลน์ จำกัด
สำนักงานใหญ่ เลขที่ 999 หมู่ที่ 1 อาคารศูนย์บริการลูกค้า และ 6 ท่าอากาศยานสุวรรณภูมิ
จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000 โทร. 0-2999-1111 สาขาและศูนย์บริการลูกค้า โทร. 0-2999-1111
ประเทศไทย หมายเลขประจำตัวผู้เสียภาษี: 0-1055-56100-55-1

ค่าโดยสารและค่าธรรมเนียม

ตรา	ผู้โดยสาร	รายละเอียด	จำนวน	ราคา	ยอดรวม
1	PARICHATKANOND, WARISARA	Airport Tax Thai Dom	100.00 THB	0.00 THB	100.00 THB
1	PARICHATKANOND, WARISARA	J.Eco - Eco	770.00 THB	53.90 THB	823.90 THB
1	PARICHATKANOND, WARISARA	PMT Fee	77.00 THB	5.39 THB	82.39 THB
1	PARICHATKANOND, WARISARA	Admin fee Dom Thai	73.00 THB	5.11 THB	78.11 THB
2	PARICHATKANOND, WARISARA	Airport Tax Thai Dom	100.00 THB	0.00 THB	100.00 THB
2	PARICHATKANOND, WARISARA	H.Eco - Eco	1,225.00 THB	85.75 THB	1,310.75 THB
2	PARICHATKANOND, WARISARA	PMT Fee	77.00 THB	5.39 THB	82.39 THB
2	PARICHATKANOND, WARISARA	Admin fee Dom Thai	73.00 THB	5.11 THB	78.11 THB
				ยอดรวม	2,495.00 THB

ราคาทั้งหมดเป็นราคาใน THB

การชำระเงิน
วันที่ชำระเงิน: 03/01/2019
ประเภทการชำระเงิน: Master Card
จำนวน: 2,655.65 THB

ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน
ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน

Vietcombank
JSC Bank for Foreign Trade of Vietnam

Murad
TẶNG NGAY 1.996.000Đ KHI QUÉT MÃ QR CODE

Booking Offices in Vietnam

SOUTHERN REGIONAL	CENTRAL REGIONAL
Working hours: 07:00 - 21:00 (GMT+7) Mon - Sat 07:00 - 18:00 (GMT+7) Sun & Holidays (Not applied for booking offices at airports) Qho Chi Minh City 1. Booking office at Domestic Departure Terminal, Tan Son Nhat International Airport, Tan Binh Dist. Tel: +646 3547 4174 * Fax: +646 36609043 Working hours: 14:00 - 22:30 (GMT+7) Daily 2. Booking office at International Departure Terminal, 2nd floor, Tan Son Nhat International Airport, Tan Binh Dist.	Working hours: 07:00 - 20:00 (GMT+7) Mon - Sat 07:00 - 18:00 (GMT+7) Sun & Holidays (Not applied for booking offices at airports) Q Da Nang City 1. Booking office at Departure Terminal, Da Nang International Airport, Hai Khu Dist. Working hours: 04:30 - 22:15 (GMT+7) Daily 2. Booking office at 187 - 199 Ham Nghi St., Vinh Trung W, Thanh Kha Dist. Tel: +8511 3692895 * Fax: +84511 3692863

https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMhADAwATEx

Vietjet Itinerary - Reservation #76338357
Vietjet Reservations <noreply@vietjetair.com>
Tue, 12/10/2019 7:20 PM
To: WARISARA PARICHATKANOND <dreambeat@hotmail.com>

Vietjet Air.com 1900 1586

กำหนดการเดินทาง
กรุณายกใบการจองออกการสำรองที่นั่งและสถานะการเที่ยวบินของเที่ยวบิน ดังต่อไปนี้ "ตั๋วเครื่องบิน" และ "การเช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง" ไปดูบนเว็บไซต์ <http://vietjetair.com> สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมการตรวจสอบเที่ยวบินและสถานะการเที่ยวบินที่แจ้งไว้บนอีเมลของคุณ

หมายเลขการจองที่:
76338357

ข้อมูลการจองที่:
สถานะการจอง: ยืนยัน
วันที่จอง: 03/01/2019
ชื่อ-สกุล: WARISARA PARICHATKANOND

ข้อมูลผู้โดยสาร
ชื่อผู้โดยสาร: PARICHATKANOND, WARISARA
หมายเลขการจองที่: 76338357

ข้อมูลเที่ยวบิน

หมายเลขเที่ยวบิน	วันที่	ประเภทเที่ยวบิน	เวลาออก	เวลาถึง
VZ106	13/02/2019 Eco	14:20 - Bangkok - Suvarnabhumi (BKK)	15:40 - Chiang Mai (CNQ)	
VZ109	15/02/2019 Eco	19:45 - Chiang Mai (CNQ)	21:05 - Bangkok - Suvarnabhumi (BKK)	

ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน
ขอใบรองทำใบการปฏิบัติงาน

บริการลูกค้า
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง
เช็คอินก่อนขึ้นเครื่อง

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

2. ค่าพาหนะ

- ค่ารถโดยสาร

เอกสารประกอบการเบิก

1. ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 1)
2. หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 2)
3. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
(โดยระบุค่ารถโดยสาร จากจังหวัด.....ถึงจังหวัด..... พร้อมจำนวนเงิน)
4. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

การเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงานในประเทศ (ต่อ)

2. ค่าพาหนะ

- ค่าชดเชยการใช้นานพาหนะส่วนตัว (ค่าน้ำมันกรณีขับรถไปเอง)

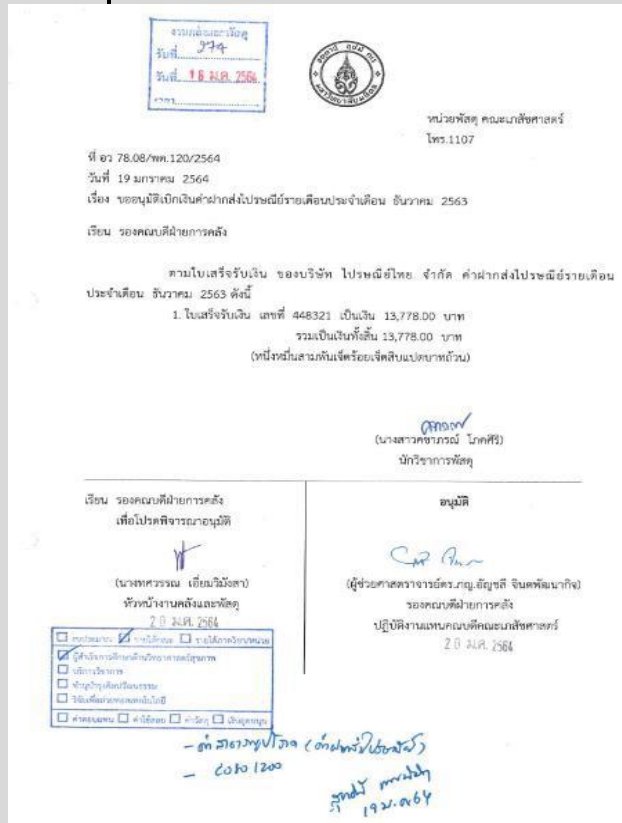
ประกอบด้วย

1. ใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 1)
2. หลักฐานการจ่ายเงินค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปปฏิบัติงาน (ส่วนที่ 2)
3. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
(โดยระบุ ค่าชดเชยการใช้นานพาหนะส่วนตัวไป-กลับ จากจังหวัด...ถึงจังหวัด...
จำนวน.....กิโลเมตร x 5 บาท จำนวนเงิน.....บาท)
4. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

ประกอบด้วย

1. บันทึกขออนุมัติเบิกเงินค่าฝากส่งไปรษณีย์
2. ใบเสร็จรับเงิน ออกในนามคณะเภสัชศาสตร์ ม.มหิดล
3. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
4. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกขออนุมัติเบิกเงินค่าฝากส่งไปรษณีย์



ขอเบิกเงินค่าไปรษณีย์
วันที่ 18 MAR 2564
จาก

มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 1107

ที่ อว 78.08/พค.120/2564
วันที่ 19 มกราคม 2564
เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าฝากส่งไปรษณีย์รายเดือน ประจำเดือน ธันวาคม 2563
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง

ตามใบเสร็จรับเงิน ของบริษัท ไปรษณีย์ไทย จำกัด ค่าฝากส่งไปรษณีย์รายเดือน ประจำเดือน ธันวาคม 2563 ดังนี้

1. ใบเสร็จรับเงิน เลขที่ 448321 เป็นเงิน 13,778.00 บาท
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น 13,778.00 บาท
(หนึ่งหมื่นสามพันเจ็ดร้อยเจ็ดสิบแปดบาทถ้วน)

คุณทอง
(นางสาวศุภรารณ์ โภคศิริ)
นักวิชาการพัสดุ

เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(นางพศุภรณ เต็มวิมลสิงห์)
หัวหน้างานคลังและพัสดุ
20 MAR 2564

อนุมัติ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ดร.บุญยฤทธิ์ จินตพัฒน์กิจ)
รองคณบดีฝ่ายการคลัง
ปฏิบัติงานแทนคณบดีคณะเภสัชศาสตร์
20 MAR 2564

ส่งไปรษณีย์ ฝากไปรษณีย์ ฝากไปรษณีย์แบบพิเศษ
 ผู้ให้บริการไปรษณีย์ไทย/ไปรษณีย์ไทย
 บริการไปรษณีย์
 ฝากส่งไปรษณีย์รายเดือน
 ฝากส่งไปรษณีย์รายวัน
 ค่าธรรมเนียม ค่าไปรษณีย์ ค่าไปรษณีย์

- ตั๋วไปรษณีย์ไปรษณีย์ (ค่าไปรษณีย์ไปรษณีย์)
- 6010 1200
วันที่ 19 MAR 2564



คำสั่งไปรษณีย์



2. ใบเสร็จรับเงิน

ตัวอย่าง



บริษัทไม้นิ่มเนียน จำกัด
ศูนย์วิจัยและพัฒนา การพัฒนาผลิตภัณฑ์
อุตสาหกรรม ก.สหราษฎร์เกษราภิรมย์ ถนนพหลโยธิน
10413
จำนวน 1217 Tel.
TAX ID. 0105546095724
ใบเสร็จรับเงิน
POS 801005000201146 RCPT#448321
19/01/2564 09:45:59 USER#anongpak.d
u
RC#401997 W3 TR#985044

Refer ABB Rcpt#448320
เลขที่อ้างอิงสินค้าออก 0994000158378
สำนักงานใหญ่
กรมศุลกากร สำนักงานเขตเมือง
447 ก.ศ.ตองมา แขวงคูคตจตุราช เขตบางเขน
กรุงเทพมหานคร 10400

372 บริษัทไม้นิ่มเนียน (จำกัด ธรรมดา)
52021 : อุตสาหกรรมเมืองใหม่ (WEB AK)
TAX ID 0105546095724
บัญชี 111 หมวดเงินเดือน ส่วนของหลวง
เขตภาษีศุลกากรเลขที่ 10210-0208
เลขที่ใบแจ้งหนี้ : A104134312-0200
จำนวนเงินบาท: 813,778.00

รวมสิ้น	813,778.00
เงินสด	813,778.00
NON VAT	80.00
VARIABLE	813,778.00
VAT	80.00
VAT EXC	813,778.00

บริษัทไม้นิ่มเนียน
บริษัท EMS World โทร EMS One Price
ศูนย์บริการลูกค้า โทร 1676 ... ส่วนสาขาไทย

บริษัท eParcel บริการจัดส่ง และส่งพัสดุ
กลุ่ม eCommerce สินค้าออนไลน์ทุกประเภท
แก้ไขปัญหาการไม่ได้รับพัสดุตาม
สาขาได้ทันทีและฟรี

บริษัท Courier Post บริการไปรษณีย์
จากไม้นิ่มเนียนสู่คนใน DHL
ไม่มีการระบุค่าใช้จ่ายพิเศษ โดยคิดค่าบริการ
พร้อมบริการการชำระเงิน COD-On Demand
Delivery

ตารางค่าธรรมเนียมการส่งตามผลิตภัณฑ์
พัสดุ EMS World Post Co. Ltd โทร 1545
เว็บไซต์บริการไปรษณีย์
สามารถไปรษณีย์ตามขนาด : หนัก
EMS (Doc) 3,000 บาท (Pak) 7,000 บาท
Courier Post (Doc) 3,000 บาท (Pak) 10,000 บาท

PAY AT POST
สามารถชำระค่าไปรษณีย์
เป็นไปรษณีย์ไปรษณีย์
และ...
ผู้รับเงิน

บริษัทไม้นิ่มเนียน จำกัด
ศูนย์วิจัยและพัฒนา การพัฒนาผลิตภัณฑ์
อุตสาหกรรม ก.สหราษฎร์เกษราภิรมย์ ถนนพหลโยธิน
10413
จำนวน 1217 Tel.
TAX ID. 0105546095724
ใบเสร็จรับเงิน
POS 801005000201146 RCPT#448321
19/01/2564 09:45:59 USER#anongpak.d
u
RC#401997 W3 TR#985044

Refer ABB Rcpt#448320
เลขที่อ้างอิงสินค้าออก 0994000158378
สำนักงานใหญ่
กรมศุลกากร สำนักงานเขตเมือง
447 ก.ศ.ตองมา แขวงคูคตจตุราช เขตบางเขน
กรุงเทพมหานคร 10400

372 บริษัทไม้นิ่มเนียน (จำกัด ธรรมดา)
52021 : อุตสาหกรรมเมืองใหม่ (WEB AK)
TAX ID 0105546095724
บัญชี 111 หมวดเงินเดือน ส่วนของหลวง
เขตภาษีศุลกากรเลขที่ 10210-0208
เลขที่ใบแจ้งหนี้ : A104134312-0200
จำนวนเงินบาท: 813,778.00

รวมสิ้น	813,778.00
เงินสด	813,778.00
NON VAT	80.00
VARIABLE	813,778.00
VAT	80.00
VAT EXC	813,778.00

ชำระเงินแล้ว
813,778.00
19 ก.ค. 2564

บริษัทไม้นิ่มเนียน
บริษัท EMS World โทร EMS One Price
ศูนย์บริการลูกค้า โทร 1676 ... ส่วนสาขาไทย

บริษัท eParcel บริการจัดส่ง และส่งพัสดุ
กลุ่ม eCommerce สินค้าออนไลน์ทุกประเภท
แก้ไขปัญหาการไม่ได้รับพัสดุตาม
สาขาได้ทันทีและฟรี

บริษัท Courier Post บริการไปรษณีย์
จากไม้นิ่มเนียนสู่คนใน DHL
ไม่มีการระบุค่าใช้จ่ายพิเศษ โดยคิดค่าบริการ
พร้อมบริการการชำระเงิน COD-On Demand
Delivery

ตารางค่าธรรมเนียมการส่งตามผลิตภัณฑ์
พัสดุ EMS World Post Co. Ltd โทร 1545
เว็บไซต์บริการไปรษณีย์
สามารถไปรษณีย์ตามขนาด : หนัก
EMS (Doc) 3,000 บาท (Pak) 7,000 บาท
Courier Post (Doc) 3,000 บาท (Pak) 10,000 บาท

PAY AT POST
สามารถชำระค่าไปรษณีย์
เป็นไปรษณีย์ไปรษณีย์
และ...
ผู้รับเงิน

ค่าตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ

ประกอบด้วย

1. บันทึกรายการขอเบิกเงินค่าตีพิมพ์บทความ
2. ใบแจ้งหนี้ (Invoice)
3. ใบเสร็จรับเงิน / Pay-in
4. สำเนา Reprint ของวารสาร
5. สำเนาอนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง)
6. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรอง
สำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกรายการขอเบิกเงินค่าตีพิมพ์บทความ



โครงการ.....
โทร.....

ที่ อว78.08/
วันที่.....
เรื่อง ขออนุมัติเบิกจ่ายค่าตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ
เรียน รองคณบดีฝ่ายการคลัง


ตามที่ นาย/นาง/นางสาว.....ได้รับทุนสนับสนุนโครงการ.....
ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ระหว่างวันที่.....ในการนี้จึงขออนุมัติเบิกเงินค่าตีพิมพ์
ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ จำนวนเงิน.....บาท (.....)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ.....ผู้ขอเบิก
(.....)

ค่าตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ (ต่อ)

2. ใบแจ้งหนี้ (Invoice) ตัวอย่าง



Frontiers Media SA
Avenue du Tribunal-Fédéral 34
1005 Lausanne, Switzerland
VAT Number CHE-114.166.340 TVA
www.frontiersin.org

For information:
accounting@frontiersin.org
Tel +41 21 510 17 03

Invoice
Invoice #: 2020-0246892-4
Date issued: 18 May 2020
Date due: 17 Jun 2020
Our Reference: 10.3389/fphar.2020.00809.PaperWithKorand

Bill to:
PhD Warasra Parichatkarond
Department of Pharmacology, Faculty of Pharmacy, Mahidol University
447 Sri-Ayudhya Road, Rajathani
10400 Bangkok
Thailand

Description of Services:
1 x Article Processing Fee
Title "Stimulation of GLP-1 Receptor Inhibits Methylglyoxal-induced Mitochondrial Dysfunctions in H9c2 Cardiomyoblasts: Potential Role of Epac/PKG/Akt Pathway", by Narawat Muamsattath, Supachoke Mangmool, Nipon Chattapakorn and Warasra Parichatkarond, published in "Frontiers in Pharmacology-Cardiovascular and Smooth Muscle Pharmacology".

Your Reference:
Funding Information:
Thailand Research Fund; Thailand Research Fund; Thailand Research Fund.
This work was supported by the Thailand Research Fund (TRF) through the Royal Golden Jubilee Ph.D. Program, the Office of the Higher Education Commission, Ministry of Education [Grant PHD/0148/2560] (NN), TRF grant MRG6180060 (WP), TRF grant MRG2580037 (SK) and NSTDA Research Chair Grant from the National Science and Technology Development Agency (NSTDA).

	Unit Price USD	Qty	Total USD
Article Processing Fee	2950.00	1	2950.00
Sub-Total			2950.00
VAT*			0.00
Total			USD 2950.00

* 7.7% VAT is payable on all invoices addressed to Swiss- or Liechtenstein-resident persons or organizations.

Please see next page for Payment Options and Instructions and Frequently Asked Questions

Frontiers Media SA | Avenue du Tribunal-Fédéral 34 | CH-1005 Lausanne (Switzerland) | T +41 (0)21 510 17 03 | F +41 (0)21 510 17 01
www.frontiersin.org



คำตีพิมพ์ผลงานวิจัยในวารสารนานาชาติ (ต่อ)

3. ใบเสร็จรับเงิน / Pay-in ตัวอย่าง

SCB
ไทยพาณิชย์

ADVICE FOR CUSTOMER - OUTWARD PAYMENT ORDER
5030- SIRIPIMYO BUILDING (THAKONGSIAYUTTHAYA)

DATE: May 25, 2020 TIME: 14:32:23 USER ID: 59689

CUSTOMER NO. 5030000001 REF. NO. 25030AZ005250001
NAME AND ADDRESS MISS WARISARA PARICHATIKANOND MISC. REF. 25030AZ005250001
PAID BY BCA-DOMESTIC A/C INTER BRA
DEBIT A/C NO. 016-2-82838-6

161/865 , BANGKHUNSI, BANGKOKNOI
BKK 10700
TEL NO. 092246498 FT TYPE - FT NO. 04 -15030200400001
TAX ID.

OBJECTIVE 318030-ค่าธรรมเนียมโฆษณา

REMIT AMOUNT USD	2,950.00 @ 32.1500000 CT	BAHT	94,842.50
PLUS COMMISSION			550.00
BANK CHARGE			800.00
TOTAL		BAHT	96,192.50

MESSAGE:-
REFERENCE NO. : 25030AZ005250001
VALUE DATE : MAY 25, 2020
CURRENCY,AMOUNT : USD 2,950.00
REMITTER : MISS WARISARA PARICHATIKANOND

BENEFICIARY : 161/865 , BANGKHUNSI, BANGKOKNOI
BKK 10700
FRONTIERS MEDIA SA
AVENUE DU TRIBUNAL-FEDERAL 34,1005
LAUSANNE, SWITZERLAND
BEN'S ACCOUNT : CH8002032434795870K
BEN'S BANK : UBS SWITZERLAND AG
SWIFT:UBSWCH2H80A
UBS SWITZERLAND AG, PLACE ST.
FRANCOIS 16, CH-1003, LAUSANNE, CH

PAYMENT DETAILS : PUBLICATION-ARTICLE PROCESSING FEE

DETAIL OF CHARGE : OUR

REMARK: THE BANK ACCEPTS NO RESPONSIBILITIES WHATSOEVER IN RECEIPTS OR NON-RECEIPT NOT INITIATED AT OUR END. HOWEVER, IN CASE OF NON-RECEIPT, THE REMITTER WILL RECEIVE UP TO THE AMOUNT PREVIOUSLY PRIG TO THE BANK LESS APPLICABLE FEES.

- กรณีนำใบสั่งธนาคารไปทำการโอนเงิน หลังเวลา 15.30 น. ธนาคารจะโอนเงินในวันทำการถัดไป (จันทร์-ศุกร์)
- Application submitted on business day after 3.30 pm, the remittance will be process the next business day.
- กรณีนำใบสั่งธนาคารไปทำการโอนเงินในวันเสาร์, วันอาทิตย์ หรือ วันหยุดนักขัตฤกษ์ ธนาคารจะโอนเงินในวันทำการถัดไปในวันทำการถัดไป (จันทร์-ศุกร์)
- Application submitted on Saturday , Sunday , or public holidays, the remittance will be process on the next business day.

In case of i. the Applicant do/does not dispute any foreign exchange transaction information specified in this document within 3 days, it shall be deemed that such information is true, accurate and complete in all respects.

FFR8011/4

ADVISE

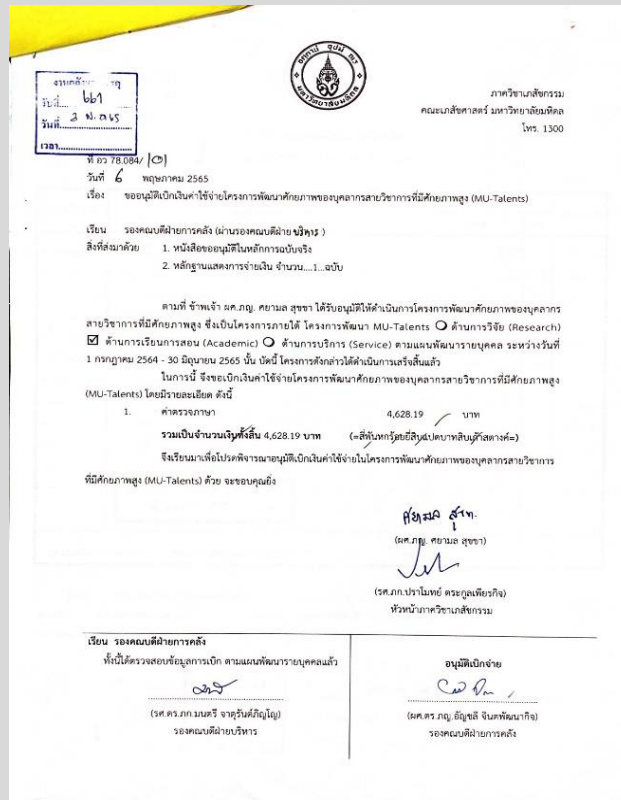
การเบิกค่าตรวจภาษา (กรณีเอกสารไม่สมบูรณ์)

ประกอบด้วย

1. บันทึกรายการอนุมัติเบิกค่าตรวจภาษา
2. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
3. ใบแจ้งหนี้ค่าตรวจภาษา
4. สำเนาแสดงหลักฐานการจ่ายเงิน เช่น สลิปการโอนเงินผ่านธนาคาร หรือ สำเนารายการเดินบัญชีของบัตรเครดิต
4. สำเนาใบขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกรายการอนุมัติเบิกค่าตรวจภาษา

ตัวอย่าง



Form MU-Talents payment record. The form includes a stamp from the Faculty of Pharmacy, Mahachulalongkornrajavidyalaya University, dated 6/2565. The recipient is the MU-Talents program. The amount is 4,628.19 Baht. The form is signed by the Faculty Dean and the MU-Talents program manager.

ตราสาร: ๓๒๑
วันที่: ๒๒ มิ.ย. ๒๕๖๕
วันที่: ๖ มิ.ย. ๒๕๖๕

เลขที่: ๐๖ ๗8084 / (C)

วันที่: 6 พฤษภาคม 2565

เรื่อง: ขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายโครงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสายวิชาการที่มีศักยภาพสูง (MU-Talents)

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายการคลัง (ผ่านรองคณบดีฝ่ายบริหาร)

สิ่งที่แนบมาด้วย

1. หนังสือขออนุมัติในหลักการฉบับจริง
2. หลักฐานแสดงการจ่ายเงิน จำนวน...1...ฉบับ

ตามที่ ข้าพเจ้า ผศ.ภญ. ศยามล สุชาชา ได้รับอนุมัติให้ดำเนินการโครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายวิชาการที่มีศักยภาพสูง ซึ่งเป็นโครงการภายใต้ โครงการพัฒนา MU-Talents ด้านการวิจัย (Research) ด้านการเรียนการสอน (Academic) ด้านการบริการ (Service) ตามแผนพัฒนารายบุคคล ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2564 - 30 มิถุนายน 2565 นั้น บัญชี โครงการดังกล่าวได้ดำเนินการเสร็จสิ้นแล้ว

ในการนี้ จึงขอเบิกเงินค่าใช้จ่ายโครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายวิชาการที่มีศักยภาพสูง (MU-Talents) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ค่าตรวจภาษา	4,628.19 บาท
----------------	--------------

รวมเป็นจำนวนทั้งสิ้น 4,628.19 บาท (=สี่พันหกกรัศมีสิบลบาทสิบเก้าสตางค์)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายโครงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรสายวิชาการที่มีศักยภาพสูง (MU-Talents) ด้วย ขอขอบคุณ

ผู้ส่ง ผศ.ภญ. ศยามล สุชาชา
(ผ.ภญ. ศยามล สุชาชา)

ผู้รับ รศ.ภญ.ปราโมทย์ ตรีคุณเกียรติ
(รศ.ภญ.ปราโมทย์ ตรีคุณเกียรติ)
หัวหน้าภาควิชาเภสัชกรรม

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายการคลัง

ที่นี้ได้รับตรวจสอบหลักฐานการเบิก ตามแผนพัฒนารายบุคคลแล้ว

รศ.ดร.ภญ. อรุณศรี จารุวัฒน์วิบูลย์
(รศ.ดร.ภญ. อรุณศรี จารุวัฒน์วิบูลย์)
รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร

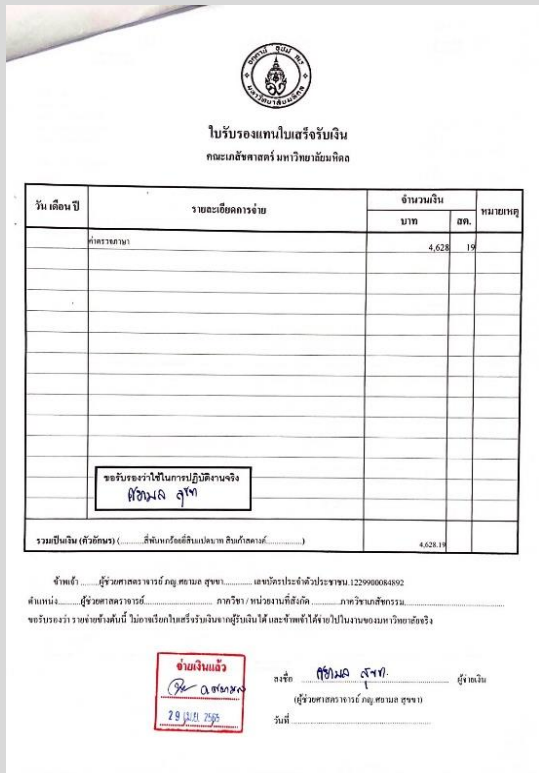
อนุมัติเบิกจ่าย


ผศ.ดร.ภญ. อัญญาณี จันทร์พันนาภิง
(ผศ.ดร.ภญ. อัญญาณี จันทร์พันนาภิง)
รองอธิการบดีฝ่ายการคลัง

การเบิกค่าตรวจภาษา (กรณีเอกสารไม่สมบูรณ์) (ต่อ)

2. ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

ตัวอย่าง




ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
 คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วัน เดือน ปี	รายละเอียดการจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
		บาท	สต.	
	ค่าตรวจภาษา	4,628	19	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) (.....สี่พันยี่ร้อยสิบแปด สต.ยี่สิบเก้า.....)		4,628	19	

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง

พิชามณ สุวีฑู

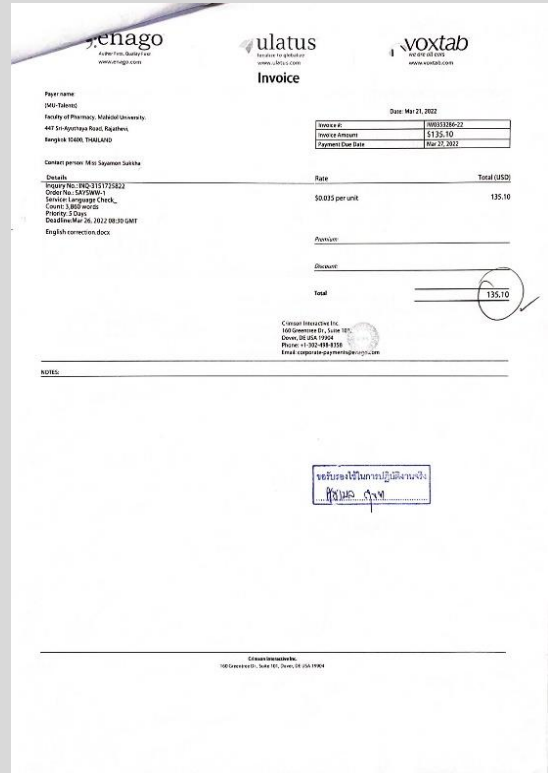
จักร์.....ผู้ควบคุมเอกสาร วิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โทร ๖๖๖-๖๖๖-๖๖๖
 ตำแหน่ง.....ผู้ควบคุมเอกสาร วิชาเภสัชศาสตร์ / หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง.....ภาควิชาเภสัชกรรม
 ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่เคยเบิกจ่ายรับเงินใดๆ ก่อนหน้านี้ได้ และข้าพเจ้าได้เข้าไปในวงคอมพิวเตอร์เรียบร้อยแล้ว




วันที่.....
 ชื่อ.....
 ตำแหน่ง.....
 (ผู้ควบคุมเอกสาร วิชาเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล)

จ่ายเรียบร้อยแล้ว
 (Signature) 28 มิ.ย. 2555

3. ใบแจ้งหนี้ค่าตรวจภาษา

ตัวอย่าง



Invoice

Paper name: (Blank)
 (Blank)
 Faculty of Pharmacy, Mahidul University
 447 Sirirajaprasad Road, Rajaburi
 Bangkok 10400, THAILAND
 Date: May 21, 2022

Invoice #:	100033780-02
Invoice Amount:	5135.10
Payment Due Date:	May 27, 2022

Contact person: Miss Supawan Saikha
 Details:
 Invoice No.: 002-31175822
 Order No.: 10070001
 Service: Language Check,
 Course: 10070001
 Priority: 2 Day
 Quotation No.: 2022-0810-048T
 English correction.docx

Details	Rate	Total (USD)
Language Check	\$0.035 per unit	135.10
Payment:		
Discount:		
Total		135.10

Company Information:
 100 Governors Ln., Suite 101,
 Down, DE 19904
 Phone: 1-302-488-8328
 Email: corporate.payment@voxtab.com

ขอแจ้งหนี้ให้เบิกเงิน

(Signature) 28 มิ.ย. 2555



การเบิกค่าตรวจภาษา (กรณีเอกสารไม่สมบูรณ์) (ต่อ)

4. สำเนาแสดงหลักฐานการจ่ายเงิน เช่น สลิปการโอนเงินผ่านธนาคาร หรือ สำเนารายการเดินบัญชีของบัตรเครดิต

ตัวอย่าง

วันที่ (ว/ด) บันทึกรายการ POSTING DATE (D/M)	วันที่ (ว/ด) เกิดรายการ TRANSACTION DATE (D/M)	รายการ DESCRIPTION	เงินต่างประเทศ FOREIGN CURRENCY	จำนวนเงิน (บาท) AMOUNT (BAHT)
		PREVIOUS BALANCE		6,350.67
		----- TRANSACTION USED THIS PERIOD -----		
19/03	18/03	WWW.LAZADA. 00000000000000BANGKOK		1,136.00
21/03	20/03	LOTUS'S 6401 PHONGPHET NONTABURI		420.00
22/03	21/03	ENAGO DOVER DE	USD	4,628.19
26/03	26/03	TMG NGAMDP NONTABURI TH		125.00
26/03	26/03	TMG NGAM TK NONTABURI TH		70.00

การเบิกค่าตอบแทนวิทยากร

ประกอบด้วย

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตอบแทนวิทยากร
2. ใบสำคัญรับเงิน
3. สำเนาหน้าบัญชีธนาคาร และสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง) ของวิทยากร
4. สำเนาใบขออนุมัติในหลักการ (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)
5. สำเนาใบแจกแจงค่าใช้จ่าย (พร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง)

1. บันทึกขออนุมัติเบิกค่าตอบแทนวิทยากร

ตัวอย่าง

วันที่รับเงิน 14,998.60 บาท

งานวิทยาคณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
โทร. 1211

วันที่ 10 ส.ค. 2565

เรื่อง ขออนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่าย

เรียน คณะดี

ที่ ๐๘43/๒565
วันที่ - 8 ส.ค. 2565

ตามที่ งานวิทยาคณะเภสัชศาสตร์และประชาชนสัมพันธ์ ได้จัดการสอนและฝึกอบรมอาจารย์จาก University of Liverpool ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม 2565 ถึงวันที่ 1 สิงหาคม 2565 ในการนำนิสิตมาเพื่อเป็นวิทยากรในการสนทนาวิชาการและหาความร่วมมือทางวิชาการและการวิจัย ณ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ และศูนย์วิทยาศาสตร์เพื่อสุขภาพ ซึ่งมีรายการดังกล่าวได้สรุปดังนี้ และมีรายการค่าใช้จ่าย ดังนี้

1. ค่าอาหารกลางวัน (31/07/65)	1,760.00 บาท	X
2. ค่าอาหารเย็น (31/07/65)	2,493.10 บาท	X
3. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (31/07/65)	780.00 บาท	X
4. ค่าตอบแทนวิทยากร (01/08/65)	3,000.00 บาท	X
5. ค่าเลี้ยงรับรองชาวต่างประเทศ (01/08/65)	5,307.00 บาท	X
6. ค่าอาหารว่างและเครื่องดื่ม (01/08/65)	1,658.50 บาท	X
รวมเงินทั้งสิ้น	14,998.60 บาท	

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่ายโครงการดังกล่าว เป็นจำนวนเงิน 14,998.60 บาท (หนึ่งหมื่นสี่พันเก้าร้อยแปดบาทหกสิบลบาท) ด้วย ขอขอบพระคุณด้วย

ผู้ยื่น ขอรุณนันทน์ นามวงศ์
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเบิกเงินค่าใช้จ่าย
ต่อที่ประชุมคณะอนุกรรมการจัดสรรฯ วันที่
14/๙๙ ๐๖ โทษ (เพื่อใช้ในการเบิกจ่ายโดยคณบดี
บัณฑิตวิทยาลัย) จากขอเบิกอัตโนมัติ

นางกรรณ นิ่มนันทน์
หัวหน้างานคลังและพัสดุ
11 ส.ค. 2565

ดร. สมพร อิศกุล
(รองศาสตราจารย์ ดร.ภญ. อูษา จากเภสัชสัมพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายวิทยาคณะเภสัชศาสตร์และประชาชนสัมพันธ์


อนุมัติ

ดร. อ. น.
รองศาสตราจารย์ อิศกุล อูษา จากเภสัชสัมพันธ์
รองคณบดีฝ่ายวิทยาคณะเภสัชศาสตร์และประชาชนสัมพันธ์
11 ส.ค. 2565

การเบิกค่าตอบแทนวิทยากร (ต่อ)

2. ใบสำคัญรับเงิน

ตัวอย่าง



ใบสำคัญรับเงิน
Receipt

วันที่ เดือน ปี ค.ศ. 2565
Date Month Year

ข้าพเจ้า Prof. Luminita Paraoan
Name / No. Institute of Life Course and Medical Sciences, University of Liverpool, UK
Address

แหล่งที่มา Subsource
Date
จังหวัด Province

ได้รับเงินจาก คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการต่อไปนี้
Received from Faculty of Pharmacy, Mahidol University for the following item(s)

รายการ / Item(s)	จำนวนเงิน / Amount	
	บาท / Baht	บาท / St.
ค่าตอบแทนวิทยากร (Honorarium as an invited speaker)	3,000	-
Seminar on "Herbal Medicines & Molecular Ageing Research" Topic: "Ageing biology at the intersection of degenerative and proliferative diseases in the eye (and not only)" Date: 1 st of August, 2022 during 09:30-10:30 hrs.		
รวมเงินรับ (สามพันบาทถ้วน) Sum Amount: (Three Thousand Baht Only)	3,000	-

ขอรับรองว่าเงินการปฏิบัติงานนี้
I HEREBY CERTIFY THAT THE ABOVE PROCEEDINGS ARE TRUE AND CORRECT.
ศ.ดร. ลอมนิตา ปะราอาน

ลงชื่อ (Signature) (Name)
Signature (Name)
Date ๒๑ ส.ค. 2565 Date 11 S. 2565

ลงชื่อ (Signature) (Name)
Signature (Name)
Date ๒๑ ส.ค. 2565 Date 11 S. 2565

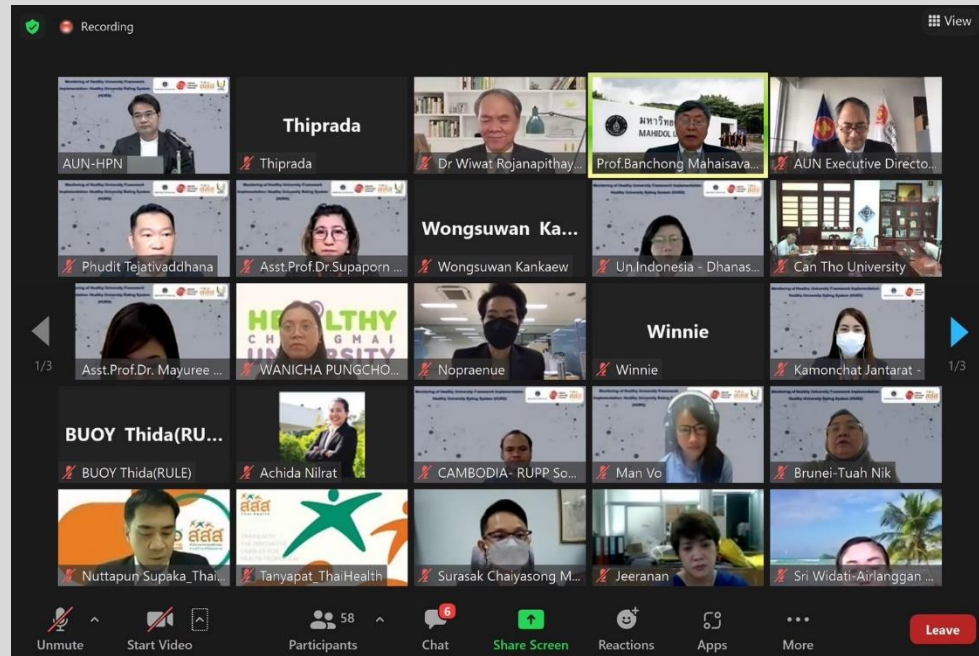
หมายเหตุ: ใบสำคัญรับเงินนี้ใช้ได้เฉพาะกรณีต้นฉบับเท่านั้น ขอให้ผู้รับเงินตรวจสอบสำเนาจากชุด
Note: A copy of ID card or passport verifying true copy is required.

การเบิกค่าตอบแทนวิทยากร (ต่อ)

การจัดงานประชุมแบบออนไลน์ (Online meeting)

Capture หน้าจอโปรแกรมที่ใช้ เช่น Webex, Zoom ฯลฯ พร้อมแสดงรายชื่อผู้เข้าร่วมทั้งหมดไว้ด้วย

ตัวอย่าง





ข้อควรรู้ (เพิ่มเติม)

- กรณี โอนเงินผ่าน Mobile Banking

1. ผู้โอน ต้องเป็นคนเดียวกับ ผู้ยืมเงิน
2. ใน Slip โอนเงิน ต้องมีการรับรองว่าใช้ปฏิบัติงานจริง
3. ในใบสำคัญรับเงินแนบ ต้องมีระบุว่า “โอนผ่านธนาคาร”

- การจ่ายเงินค่าตอบแทน/ค่าใช้สอย

1. หากมีคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือเชิญจากมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน ไม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน
2. หากไม่มีคำสั่งแต่งตั้งหรือหนังสือเชิญจากมหาวิทยาลัย/ส่วนงาน และมีรายจ่ายในแต่ละครั้งไม่เกิน 3,000 บาท ไม่ต้องแนบสำเนาบัตรประชาชน
3. กรณีผู้รับเงินเป็นบุคคลภายนอก ให้แนบสำเนาบัตรประชาชน พร้อมลงนามสำเนาถูกต้อง ยกเว้นเป็นไปตามข้อ 1.

ติดต่อสอบถาม

หน่วยบัญชี

1. คุณจุฑารัตน์ บัวอำไพ ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเบิก เบอร์โทรศัพท์ 081-526-6599
2. คุณสุกัญญา สุวรรณานุรักษ์ ผู้ดูแลการแจ้งสรุยอดค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือ เบอร์โทรศัพท์ 090-268-6083
3. คุณคนิดา สีสว่าง ผู้ดูแลการแจ้งสรุยอดค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือ เบอร์โทรศัพท์ 064-275-0835
4. คุณณัฐมน ธาดาจิรันดรกุล ผู้ดูแลการแจ้งสรุยอดค่าใช้จ่ายและเงินคงเหลือ เบอร์โทรศัพท์ 097-059-9662