



# ใบเบิกเงินสวัสดิการ – ค่าสร้างเสริมสุขภาพ

## พนักงานมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

โปรดทำเครื่องหมาย  ลงในช่อง  พร้อมทั้งกรอกข้อมูลที่จำเป็น

1. ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....เบอร์โทรติดต่อ .....

วันที่บรรจุเป็นพนักงานมหาวิทยาลัย .....เลขประจำตัวบุคลากร.....

2. รายการขอเบิก ตามใบเสร็จรับเงินที่แนบ จำนวน ..... ฉบับ ดังนี้

(1) .....

ชื่อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(2) .....

ชื่อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(3) .....

ชื่อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

(4) .....

ชื่อวันที่ .....จำนวนเงิน.....บาท

เป็นเงินรวมทั้งสิ้น ..... บาท (.....)

3. ข้าพเจ้าขอรับรองว่า การขอเบิกเงินสวัสดิการ-ค่าสร้างเสริมสุขภาพ ตามข้อ 2 ในปีงบประมาณปัจจุบัน เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย หากตรวจพบในภายหลังว่าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการจัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัย ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากมหาวิทยาลัย เพื่อชดใช้คืนตามจำนวนเงินที่ไม่มีสิทธิเบิก

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับเงินสวัสดิการ

(.....)

วันที่.....

สำหรับส่วนงาน

ได้ตรวจสอบใบเบิกเงินสวัสดิการ - ค่าสร้างเสริมสุขภาพ ฉบับนี้แล้ว ผู้ขอเบิกมีสิทธิ์เบิกได้ตามหลักเกณฑ์และวิธีการ  
จัดสวัสดิการสำหรับพนักงานมหาวิทยาลัยทุกประการ ตามที่ผู้ขอเบิกสวัสดิการ ได้รับรองตามข้อ 2 และ ข้อ 3

ปีงบประมาณปัจจุบัน ผู้ขอเบิกมีรายการเบิก - ค่าสร้างเสริมสุขภาพ ดังนี้

จำนวนเงินที่เบิกมาแล้ว เป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น.....บาท (วันที่จ่ายครั้งสุดท้าย.....)

ขอเบิกตามใบเบิกฉบับนี้ จำนวนเงิน.....บาท งบประมาณคงเหลือ.....บาท

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจงบประมาณ

ลงชื่อ.....ผู้บังคับบัญชา

(.....นางสาวศรีณีย์พร พงษ์ประเสริฐ.....)

(.....นางกชกร เพชรรัตน์.....)

วันที่.....

วันที่.....

อนุมัติให้จ่ายได้

(ลงชื่อ).....

(.....อาจารย์ ดร. นวทรัพย์ พิชัยสามารถ.....)

ตำแหน่ง.....ผู้อำนวยการสถาบันวิจัย พัฒนา และสาธิตการศึกษา

วันที่.....

ใบรับเงิน

รับเป็นเงินสด ได้รับเงินจำนวน.....บาท

(.....) ไว้ถูกต้องแล้ว

( ลงชื่อรับเงินต่อเมื่อได้รับเงินแล้วเท่านั้น )

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน

(.....)

วันที่.....

โอนเข้าบัญชีเงินฝาก (บัญชีเงินเดือนของพนักงานมหาวิทยาลัย )

ธ. กรุงไทย จก.

ธ.ไทยพาณิชย์ จก.

สหกรณ์ออมทรัพย์ มศว

(ลงชื่อ) .....ผู้จ่ายเงิน / ผู้โอนเงิน

(.....)

วันที่.....