

สัญญาการยืมเงิน	เลขที่..... วันครบกำหนด
ยื่นต่อ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล	
ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง..... สังกัด.....โรงพยาบาลทรายมูล จังหวัดยโสธร มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก.....ของโรงพยาบาลทรายมูล เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ..... .....ตั้งรายละเอียดต่อไปนี้	
.....เป็นเงิน.....เป็นเงิน.....เป็นเงิน	...............
(ตัวอักษร).....รวมเงิน (บาท)	.....
ข้าพเจ้าสัญญาว่า จะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบของกระทรวงการคลัง คือ ภายใน วัน (....) นับตั้งแต่วันเดินทางกลับจากราชการ วัน (....) นับแต่ได้รับเงินยืมนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจน ครบถ้วนได้ทันที ลงชื่อ.....ผู้ยืม วันที่..... (.....)	
เสนอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน.....บาท (.....) ลงชื่อ..... วันที่..... (.....)	
คำอนุมัติ อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน.....บาท (.....) ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติ วันที่..... (นายปกาสิต โอวาทกานนท์)	
ใบรับเงิน ได้รับเงินยืมจำนวน.....บาท (.....)ไปเป็นการถูกต้องแล้ว ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน วันที่..... (.....)	

รายการส่งใช้เงินยืม

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	เงินสด หรือ ใบสำคัญ	จำนวนเงิน		คงค้าง		ลายมือชื่อผู้รับ	ใบรับเลขที่

- หมายเหตุ (๑.) ยื่นต่อ ผู้อำนวยการกองคลัง หัวหน้ากองคลัง หัวหน้าแผนกคลัง หรือตำแหน่งอื่นใดที่ปฏิบัติงานเช่นเดียวกันแล้วแต่กรณี
(๒.) ให้ระบุชื่อส่วนราชการที่จ่ายเงินยืม
(๓.) ระบุวัตถุประสงค์ที่จะนำเงินยืมไปใช้จ่าย
(๔.) เสนอต่อผู้มีอำนาจอนุมัติ



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลทรายมูล อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร ๓๕๑๗๐

ที่ ยส ๐๐๓๒.๓๐๑/.....

วันที่.....

เรื่อง ขออนุมัติยืมเงิน.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

มีความประสงค์ที่จะขอยืมเงิน.....จากโรงพยาบาลทรายมูล ดังนี้

๑.จำนวนเงินบาท

๒.จำนวนเงินบาท

๓.จำนวนเงินบาท

๔.จำนวนเงินบาท

รวมทั้งสิ้นบาท (.....)

ครั้งสุดท้าย ข้าพเจ้าได้ยืมเงินบาท เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เพื่อเป็นค่า.....ข้าพเจ้าได้คืนเงินจำนวนดังกล่าวแล้ว

โดยคืนเงิน () หลักฐานการจ่ายเงินบาท

() เงินสดบาท

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

(ลงชื่อ)

ผู้ยืม

(.....)

ตำแหน่ง.....

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

- เห็นควรอนุมัติ

ว่าที่ร้อยตรีหญิง

(รัตน์ตนา นนไพวัลย์)

นักวิชาการเงินและบัญชีปฏิบัติการ

รักษาการในตำแหน่งนักจัดการงานทั่วไปชำนาญการ

อนุมัติ

(นายปกาสิต โอวาทกานนท์)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (ด้านเวชกรรมป้องกัน)

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลทรายมูล

แบบประมาณการค่าใช้จ่าย

วันที่.....

ด้วยข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

สังกัด.....มีความจำเป็นต้องจัดกิจกรรม.....

.....โดยมีค่าใช้จ่าย ดังนี้

- | | | | |
|---------|-----------|-------|-----|
| ๑. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๒. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๓. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๔. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๕. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๖. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๗. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |
| ๘. | จำนวนเงิน | ..... | บาท |

รวม.....รายการ เป็นเงินทั้งสิ้น.....บาท (.....)

(ลงชื่อ)

ผู้ประมาณการ

(.....)

ตำแหน่ง.....