**แบบใบสำคัญรับเงินค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมบุคคลภายนอก**

เอกสารหมายเลข 2

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม......................................................................................................................................โครงการ/หลักสูตร.............................................................................................................

วันที่...............เดือน...........................พ.ศ............................ถึงวันที่...................เดือน...........................................พ.ศ............................จำนวนผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ รวมทั้งสิ้น ..........................คน

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม/ผู้สังเกตการณ์ ได้รับเงินจาก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับที่ | ชื่อ-สกุล | ที่อยู่ | ค่าอาหาร(บาท) | ค่าเช่าที่พัก(บาท) | ค่าพาหนะ(บาท) | รวมเป็นเงิน(บาท) | วันเดือนปีที่รับเงิน | ลายมือชื่อผู้รับเงิน |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| รวมเงิน |  |  |  |  |  |  |