หลักฐานการจ่ายเงินค่าเบี้ยเลี้ยงนักศึกษา

ชื่อส่วนราชการ สถาบันการพลศึกษา ประจำวิทยาเขตชัยภูมิ ประจำเดือน.....พ.ศ. .....

เบิกตามฎีกาที่.....ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลำดับที่	ชื่อ - สกุล	ค่าเบี้ยเลี้ยงต่อวัน	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	รวม (วัน)	จำนวนเงิน	วันเดือนปี ที่รับเงิน	ลายมือชื่อผู้รับเงิน	หมายเหตุ
		รวมจำนวนเงิน																																				

รวมจำนวนเงินทั้งสิ้น(ตัวอักษร).....

ขอรับรองว่า ผู้มีรายชื่อข้างต้นได้เข้าทำการฝึกซ้อมและเข้าแข่งขันจริง

.....ผู้ควบคุม

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)