



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะแพทยศาสตร์ สำนักงานเลขานุการคณะฯ งานการเงิน หน่วยการเงินทรองจ่าย โทร. 7911

ที่ ศธ 0527.10.01(3)/ว073 วันที่ 25 กันยายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติตรวจสอบเลขที่บัญชีธนาคาร สำหรับการรับเงินยืมทรองจ่าย และ เงินที่บุคลากรสำรองจ่าย ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย

เรียน รองคณบดี / ผู้ช่วยคณบดี / หัวหน้าภาควิชา / ศูนย์ / ฝ่าย / งาน / หน่วย

ตามที่ งานการเงิน ได้ดำเนินการจ่ายเงินยืมทรองจ่าย เงินที่บุคลากรสำรองจ่ายค่าใช้จ่าย เช่น ค่าเดินทาง ค่าจัดกิจกรรม ค่าสินค้า / บริการ ค่าวัสดุ เป็นต้น รวมไปถึงเงินค่าตอบแทนอื่นๆ ให้กับบุคลากรคณะแพทยศาสตร์ และบุคคลภายนอก ผ่านบัญชีเงินฝากธนาคารกรุงไทย ด้วยการโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online เนื่องจาก งานการเงิน พบปัญหาที่เกี่ยวกับการโอนเงินผ่านระบบฯ ที่ส่งผลให้การโอนเงินไม่สำเร็จ และก่อให้เกิดค่าธรรมเนียมในการโอนเงิน ดังต่อไปนี้

1. กรณีเลขที่บัญชีที่บุคลากรแจ้งข้อมูลขอรับเงิน ไม่มีการเคลื่อนไหวติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 เดือน หรือบัญชีปิดไปแล้ว ไม่สามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้
2. กรณีเลขที่บัญชีธนาคารกรุงไทย นอกเขตจังหวัดพิษณุโลก การรับเงินจากคณะแพทยศาสตร์ ผู้รับเงินจะถูกหักค่าธรรมเนียมการโอนเงิน และได้รับเงินน้อยกว่าที่ขอเบิก
3. กรณีเลขที่บัญชีธนาคารอื่น ที่ไม่ใช่ธนาคารกรุงไทย การรับเงินจากคณะแพทยศาสตร์ ผู้รับเงินจะถูกหักค่าธรรมเนียมการโอนเงินตามที่ธนาคารกรุงไทยเรียกเก็บ และได้รับเงินน้อยกว่าที่ขอเบิก
4. กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ

ในการนี้ เพื่อให้การโอนเงินผ่านระบบฯ เป็นไปด้วยความถูกต้อง และลดข้อผิดพลาดจากการโอนเงินผ่านระบบ KTB Corporate Online งานการเงิน จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ผู้รับเงินดำเนินการตรวจสอบเลขที่บัญชีเงินฝากธนาคารของตนเอง สำหรับการรับเงินว่ามีความเคลื่อนไหวหรือไม่ พร้อมทั้งระบุเลขที่บัญชีในแบบฟอร์ม หรือเอกสารแนบเบิก ก่อนส่งเอกสารขอเบิกให้กับงานการเงิน คณะแพทยศาสตร์ เพื่อประโยชน์ของผู้รับเงินดังกรณีต่อไปนี้

1. กรณีมีสมุดบัญชีธนาคารกรุงไทย
 - 1.1 ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขาในเขตจังหวัดพิษณุโลก ไม่หักค่าธรรมเนียมการโอนเงิน และได้รับเงินเต็มจำนวนที่ขอเบิก

/ 1.2 ธนาคารกรุงไทย...

1.2 ธนาคารกรุงไทย ทุกสาขานอกเหนือจากเขตจังหวัดพิษณุโลก หักค่าธรรมเนียมการโอนเงิน และได้รับเงินน้อยกว่าที่ขอเบิก

1.3 กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ

2. กรณีมีสมุดบัญชีธนาคารอื่น ที่ไม่ใช่ธนาคารกรุงไทย

2.1 ให้ตรวจสอบการเคลื่อนไหวบัญชีธนาคารที่ประสงค์รับเงิน ว่ามีความเคลื่อนไหวหรือไม่ ก่อนส่งเอกสารขอเบิกให้กับ งานการเงิน คณะแพทยศาสตร์

2.2 ให้แนบสำเนาหน้าสมุดบัญชีธนาคารทุกครั้งที่มีการส่งเอกสารขอเบิกเงินให้กับงานการเงิน คณะแพทยศาสตร์

2.3 ผู้รับเงินยินยอมให้หักค่าธรรมเนียมการโอนเงินตามที่ธนาคารกรุงไทยเรียกเก็บ และได้รับเงินน้อยกว่าที่ขอเบิก

2.4 กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการ



(รองศาสตราจารย์นายแพทย์ศิริเกษม ศิริลักษณ์)

คณบดีคณะแพทยศาสตร์

ประเภทค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายผ่านบัญชีธนาคารกรุงไทย ด้วยระบบ KTB Corporate Online

1. ค่าตอบแทน

- ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (OT) บุคลากรสายสนับสนุน ลูกจ้างรายวัน
- ค่าตอบแทนการปฏิบัติงานนอกเวลาราชการ (OT) การเรียนการสอน

2. ค่าตอบแทนอื่นๆ เช่น ค่าออกข้อสอบ ค่าเงินคืนผู้ป่วย ค่าตอบแทนนิสิตช่วยงาน

3. เงินเดือนค่าจ้างรายวัน

4. ค่าครองชีพ และค่าเช่าหอพักนิสิต Odod

5. ทุนพยาบาล / ทุนนิสิต

6. ค่ารักษาพยาบาล / ค่าเล่าเรียนบุตร (ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ)

7. เงินยืมทดรองจ่าย

- ค่าเดินทางไปราชการ
- ค่าใช้จ่ายจัดโครงการ / อบรม / จัดประชุมต่างๆ
- ค่าตอบแทนการสอนอาจารย์พิเศษ
- ค่าวัสดุและค่ารักษาพยาบาลตามจ่าย ยอดไม่ถึง 3,000 บาท
- ค่าใช้จ่ายอื่นๆ

8. เงินคณาไม่สำรองจ่าย (บุคลากรสำรองจ่าย) และบุคคลภายนอกคณะแพทยศาสตร์

ติดต่อสอบถาม

หน่วยการเงินทดรองจ่าย งานการเงิน

โทร. 7911 , 7913



มหาวิทยาลัยนเรศวร
ใบยืมเงิน คณะแพทยศาสตร์

หน่วยงาน
แผนงาน
กองทุน

เลขที่รับการเงิน
วันที่
เวลา

เลขที่ใบยืม
วันครบกำหนด
 ข้าราชการ / ลูกจ้างประจำ
 พนักงานมหาวิทยาลัย
 พนักงานราชการ
 พนักงานมหาวิทยาลัยโดยให้เงินรายได้

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
หน่วยงาน มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก คณะแพทยศาสตร์ โดยขอรับรองว่า การยืมเงินได้ประมาณการตามความเป็นจริง คำนึงถึงความจำเป็น
และเหมาะสมเพื่อใช้สำหรับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(ตัวอักษร)			
------------	--	--	--

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากคลัง คือ ภายใน.....วัน นับแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้ยืม ทราบ.....หัวหน้าหน่วยงาน
(.....)
วันที่..... เบอร์ วันที่.....

การตรวจสอบยอดเงินคงค้าง ณ วันที่..... <input type="radio"/> ไม่มียอดเงินทรงคงค้าง <input type="radio"/> มียอดเงินทรงคงค้าง เป็นจำนวนเงินบาท (น.ส.สุพัตรา สลิวงค์) วันที่.....	ใบมอบฉันทะ ข้าพเจ้า ขอมอบฉันทะให้ เป็นผู้รับหลักฐานการยืมเงิน ลงชื่อ ผู้มอบฉันทะ ลงชื่อ ผู้รับมอบฉันทะ	เอกสารผ่านงานงบประมาณแล้ว (.....) วันที่..... อนุมัติให้ยืมเงินตามเงื่อนไขข้างต้นได้ วันที่.....
---	--	--

แบบฟอร์มยินยอมการโอนเงิน

ข้าพเจ้า
มีความประสงค์ยินยอมให้งานการเงิน คณะแพทยศาสตร์ โอนเงินพร้อมหักค่าธรรมเนียมธนาคารเข้าบัญชีเงินฝาก
ธนาคาร สาขา
ชื่อบัญชี เลขที่บัญชี

- หมายเหตุ 1.บัญชีเงินฝากที่แจ้งความประสงค์ไว้ เป็นบัญชีที่เคลื่อนไหวและสามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้
2.อัตราค่าธรรมเนียมที่เกิดขึ้นจากการรับโอน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกรุงไทยเรียกเก็บ
3.กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ

ลงชื่อ (ผู้ให้ความยินยอม)
(.....)

ใบรับเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินทรงคง จำนวน บาทไว้ถูกต้องแล้ว
(.....)
ผู้รับเงิน ผู้จ่ายเงิน
วันที่..... ส่งใบยืม..... วันที่.....

รายการส่งใช้คืนเงินยืม

ครั้งที่	วัน เดือน ปี	รายการส่งใช้เงินสด/ใบสำคัญ	จำนวนเงิน	คงค้าง	ลายมือผู้รับเงิน	เลขที่ใบรับ



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ใบรับเอกสาร คณะฯไม่รองจ่าย (บุคลากรสำรองจ่ายเอง)

ลำดับที่...../.....

ข้าพเจ้า หน้าที่..... ส่งเอกสาร
 ตำแหน่ง หน่วยงาน เบอร์โทร
 ขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเป็นจำนวน บาท
 จริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขรับการเงิน	รายการ	จำนวนเงิน ค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
รวมค่าใช้จ่าย				

.....
 (.....)
 ผู้สำรองจ่าย / ผู้ส่งเอกสาร

 (.....)
 ผู้รับเอกสาร / เจ้าหน้าที่การเงิน

แบบฟอร์มยินยอมการโอนเงิน

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์ยินยอมให้งานการเงิน คณะแพทยศาสตร์
 โอนเงินพร้อมหักค่าธรรมเนียมธนาคารเข้าบัญชีเงินฝาก
 ธนาคาร.....สาขา.....
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

หมายเหตุ 1.บัญชีเงินฝากที่แจ้งความประสงค์ไว้ เป็นบัญชีเคลื่อนไหวและสามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้
 2.อัตราค่าธรรมเนียมที่เกิดขึ้นจากการรับโอน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกรุงไทยเรียกเก็บ
 3.กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ
 ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม)
 (.....)
 วันที่.....



คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยนครสวรรค์

ใบรับเอกสาร คณะฯไม่รองจ่าย (บุคลากรสำรองจ่ายเอง)

ลำดับที่...../.....

ข้าพเจ้า หน้าที่..... ส่งเอกสาร
 ตำแหน่ง หน่วยงาน เบอร์โทร
 ขอรับรองว่าได้สำรองจ่ายเงินเป็นจำนวน บาท
 จริง ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ลำดับที่	เลขรับการเงิน	รายการ	จำนวนเงิน ค่าใช้จ่าย	หมายเหตุ
รวมค่าใช้จ่าย				

.....
 (.....)
 ผู้สำรองจ่าย / ผู้ส่งเอกสาร

 (.....)
 ผู้รับเอกสาร / เจ้าหน้าที่การเงิน

แบบฟอร์มยินยอมการโอนเงิน

ข้าพเจ้า.....มีความประสงค์ยินยอมให้งานการเงิน คณะแพทยศาสตร์
 โอนเงินพร้อมหักค่าธรรมเนียมธนาคารเข้าบัญชีเงินฝาก
 ธนาคาร.....สาขา.....
 ชื่อบัญชี.....เลขที่บัญชี.....

หมายเหตุ 1.บัญชีเงินฝากที่แจ้งความประสงค์ไว้ เป็นบัญชีเคลื่อนไหวและสามารถทำธุรกรรมทางการเงินได้
 2.อัตราค่าธรรมเนียมที่เกิดขึ้นจากการรับโอน เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่ธนาคารกรุงไทยเรียกเก็บ
 3.กรณีโอนเงินผ่านบัญชีไม่สำเร็จ เนื่องจากให้ข้อมูลผิดพลาด ผู้รับโอนต้องเป็นผู้รับผิดชอบค่าธรรมเนียม ตามที่ธนาคารเรียกเก็บ
 ลงชื่อ.....(ผู้ให้ความยินยอม)
 (.....)
 วันที่.....