

วันที่โอนเงิน	วันที่ผู้รับได้รับเงิน	ชื่อนาคาร	ยืมเงิน/ไม่ร่งจ่าย	ผู้รับเงิน	จำนวนเงิน	เลขที่ใบเบิก/ใบยืมเงิน	รายการ	วันครบกำหนด
23 ก.ย. 67	23 ก.ย. 67	กรุงเทพ	นายสิทธิศักดิ์ ดีอินทร์	เงินบำรุงศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 2 พิษณุโลก	60,500.00	544/67	ชำระค่าบริการตรวจสอบคุณภาพเครื่องเอกซเรย์และห้องเอกซเรย์	
23 ก.ย. 67	23 ก.ย. 67	กรุงเทพ	นายสนธ ธรรมอำนาจสุข	นายสนธ ธรรมอำนาจสุข	5,200.00	545/65	โครงการพัฒนาความรู้ด้านหัตถการศัลยกรรมศาสตร์ 27/9/67	21 ต.ค. 67
					65,700.00			

1. ผู้ที่ไม่มีรายชื่อบริษัทข้างต้น กรุณาติดต่อลงลายมือชื่อรับเงินที่หน่วยรายจ่ายและทตรงจ่าย งานการเงิน ชั้น 5 อาคารเฉลิมพระเกียรติ 7 รอบพระชนมพรรษา 2
ติดต่อสอบถาม 055-96-7913 น้่ม,ดีว
2. กรณียืมเงินทตรงจ่าย ผู้ยืมต้องเป็นผู้รับผิดชอบต่อการยืมเงินในครั้งนี้ และกรุณาส่งค่าใช้จ่ายคืนเงินยืมตามระยะเวลาที่กำหนด
3. หากผู้ยืมไม่สามารถส่งคืนได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ต้องทำบันทึกชี้แจงถึงสาเหตุของการคืนเงินเกินกำหนดทุกกรณี