แบบเบิกค่าสอนอาจารย์พิเศษ ระดับปริญญาตรี

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี ปริญญาตรี ชั้นปีที่.....

ชื่อ-สกุล.....

ลำดับ	กลุ่มเรียน	ตำแหน่ง	ระยะเวลาที่สอน		วิชา	เวลาที่สอนในเวลาราชการปกติ		
			สัปดาห์ที่	วัน เดือน ปี		ภาคทฤษฎี	ภาคปฏิบัติ	รวม

จำนวนเงินที่ขอเบิก.....บาท (.....)

เวลาที่สอน.....ชั่วโมง อัตราหน่วยละ.....บาท เป็นเงิน.....บาท

ผู้สอน	ผู้รับรอง	ผู้อนุมัติ
ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(.....)	(.....)	(.....)
วันที่	(.....)	(.....)
	วันที่.....	วันที่.....