**รายละเอียดการเดินทางไปราชการ**

**ชื่อส่วนราชการ….....คณะพยาบาลศาสตร์…......จังหวัด………สุราษฎร์ธานี………**

**ประกอบใบเบิกค่าใช้จ่ายในการเดินทางของ……….................................................……………ระหว่างวันที่.........................................**

**ณ.................................................................................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ลำดับ** | **ทะเบียนรถ** | **ออกเดินทาง** | **ผู้ใช้รถ** | **สถานที่ไป** | **กลับถึงที่พัก/สนง.** | **ระยะทาง/กม.** | **จำนวนเที่ยว** | **รวมระยะทาง** | **เป็นเงิน กม.ละ 4 บาท** |
| **วันที่** | **เวลา** | **วันที่** | **เวลา** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ข้าพเจ้าขอรับรองว่ารายการที่กล่าวมาข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

 ลงชื่อ...................................................................

 (......................................................................)

 ตำแหน่ง .................................................................