

เลขที่สัญญา ยืม ย. /
วันที่



อนุมัติยืมเงิน / คืนเงิน

สัญญาการยืมเงิน / คืนเงิน มูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน.....โทร.....มีความประสงค์ขอยืมเงินจากมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร ดังนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
.....
.....
(ตัวอักษร)	(บาท)

ข้าพเจ้าสัญญาว่า จะปฏิบัติตามระเบียบของมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร โดยจะส่งใช้เงินคืนเป็นเงินสดหรือใบสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องตามกำหนดเวลา ส่งใช้คืนภายใน 120 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเงินยืมนี้ ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ บำนาญ หรือเงินอื่นใดที่ข้าพเจ้าพึงจะได้รับจากทางราชการชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนทันที

ลงชื่อ.....(ผู้ยืม)

(.....)

วันที่.....

รับทราบ

ลงชื่อ.....(หัวหน้าฝ่าย / กลุ่มงาน)

(.....)

วันที่.....

บันทึกการตรวจและความเห็น (ผ่านเหรียญก)

ขณะนี้ผู้ยืมรายนี้

ค้างชำระเงินยืม ตามใบยืมของมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร ไม่มียอดค้างชำระเงินยืม ของมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร

ที่ ย. / จำนวน บาท

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่มูลนิธิ)

(.....)

ที่ ย. / จำนวน บาท

ลงชื่อ.....(เหรียญกมูลนิธิ)

(.....)

รวมจำนวนเงิน บาท

เรียน ประธานมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร (ผ่านรองประธานมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร)

เพื่อโปรดพิจารณา

อนุมัติ ไม่อนุมัติ

.....

(.....)

ประธานกรรมการมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร

.....

(.....)

รองประธานมูลนิธิโรงพยาบาลสิรินธร

จ่ายเงินยืม จำนวน บาท (.....)

เงินสด เช็คธนาคาร เลขที่ ลงวันที่ ไปเป็นการเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้รับ)

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่มูลนิธิ)

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....

ชำระเงินคืน จำนวน..... บาท (.....)

เงินสด เช็คธนาคาร เลขที่ ลงวันที่ ไปเป็นการเรียบร้อยแล้ว

ลงชื่อ.....(ผู้คืน)

ลงชื่อ.....(เจ้าหน้าที่มูลนิธิ)

(.....)

(.....)

วันที่.....

วันที่.....