

สัญญาการยืมเงิน

แบบ 8500

เลขที่.....

วันที่ครบกำหนด.....

ยื่นต่อ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง

โทร..... สังกัด โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัด พระนครศรีอยุธยา

มีความประสงค์ขอยืมเงินจาก เงินบำรุง เงินงบประมาณ เงิน

เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

| | | |
|------------------------------|--|--|
| | | |
| | | |
| ตัวอักษร (.....) รวมเงิน บาท | | |

ข้าพเจ้าสัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบของทางราชการทุกประการ และจะนำไปสำคัญคู่จ่ายที่ถูกต้องพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ส่งใช้ภายในกำหนดไว้ในระเบียบการเบิกจ่ายเงินจากการคลัง คือ ภายใน 15 วัน นับตั้งแต่วันที่กลับจากเดินทางไปราชการ/อบรม ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่วันที่ได้รับเงินยืม ถ้าข้าพเจ้าไม่ส่งตามกำหนด ข้าพเจ้ายินยอมให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด บำเหน็จ หรือเงินอื่นใด ที่ข้าพเจ้าจะพึงได้รับจากทางราชการ ชดใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนได้ทันที

ลงชื่อ.....ผู้ยืม วันที่.....

เสนอ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา

ได้ตรวจสอบแล้ว เห็นสมควรอนุมัติให้ยืมตามใบยืมฉบับนี้ได้ จำนวน.....บาท

(.....) วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ตรวจ

คำอนุมัติ

อนุมัติให้ยืมตามเงื่อนไขข้างต้นได้ เป็นเงิน.....บาท

(.....)

ลงชื่อผู้อนุมัติ..... วันที่.....

ใบรับเงิน

ได้รับเงินยืมจำนวน.....บาท (.....)

ไว้เป็นการถูกต้องแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับ วันที่.....

รายการส่งใช้เงินยืม

| ครั้งที่ | วัน เดือน ปี | รายการส่งใช้ | | คงค้าง | ลายมือชื่อผู้รับ | ใบรับเลขที่ |
|----------|--------------|-------------------|-----------|--------|------------------|-------------|
| | | เงินสดหรือใบสำคัญ | จำนวนเงิน | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |