

ใบเซ็นเบิกค่าสอบนักศึกษา กศ.บป. ภาคเรียนที่...../.....

ของ (นาย/นาง/นางสาว)..... ไปรณกรวิชา..... คณะ.....

ระหว่างวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... ถึงวันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ชั่วโมง	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	รวม จำนวน ชั่วโมง	ชั่วโมง ละ	รวม เป็นเงิน	
เวลา วัน/เดือน/ปี	07.10 08.00	08.00 08.50	08.50 09.40	09.40 10.30	10.30 11.20	11.20 12.10	12.10 13.00	13.00 13.50	13.50 14.40	14.40 15.30	15.30 16.20	16.20 17.10	17.10 18.00	18.00 18.50	18.50 19.40	19.40 20.30	20.30 21.20				
อ.	ส																				
	จ																				
ค.	ส																				
	จ																				
ด.	ส																				
	จ																				
ด.	ส																				
	จ																				

ขอรับรองว่า..... ได้ทำการสอบตาม วัน/เวลา ดังกล่าวจริง

ลงชื่อ..... หัวหน้าไปรณกรวิชา

ลงชื่อ..... คณะบดี

ลงชื่อ..... รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

รวมจำนวนชั่วโมงและจำนวนเงิน

ข้าพเจ้าได้รับเงินจำนวน..... บาท (.....) ไปแล้ว

ลงชื่อ..... ผู้รับเงิน ลงชื่อ..... ผู้จ่ายเงิน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....