

ทำงานพิเศษในโครงการ

ข้าพเจ้า เลขประจำตัว

คณะ ชั้นปีที่ ที่อยู่เลขที่ ซอย

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

โทร E-mail address

ชื่อผู้ควบคุม หน่วยงาน/ภาควิชา ตามวัน

ที่	ว/ด/ป	เวลามา	เวลา กลับ	รวม ชั่วโมง	บันทึกการปฏิบัติ	ลายมือชื่อ นิสิต ผู้ปฏิบัติงาน	ลายมือชื่อ ผู้ควบคุม
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

จำนวนชั่วโมงรวม

รวมชั่วโมง ชั่วโมง X อัตราชั่วโมงละ 100 บาท

คิดเป็นเงิน บาท

รวมเงิน (ตัวอักษร)

ขอรับรองว่านิสิตปฏิบัติงานตามที่ระบุจริงและต่อเนื่องเกิน 7 ชั่วโมง ลงนาม ผู้ควบคุม	ข้าพเจ้าได้รับเงินตามที่ระบุไว้ข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ลงนาม นิสิตผู้ปฏิบัติงาน
ลงนาม..... (.....) ตำแหน่ง	ลงนาม (.....) ผู้จ่ายเงิน