**แบบฟอร์มขอเบิกค่าตอบแทน**

**ศูนย์วิจัยคลินิก (SICRES)**

**ส่วนของหัวหน้าโครงการ**

**รหัสโครงการ IO …………………….…………….**

ชื่อหัวหน้าโครงการ ..............................................................ภาควิชา.........................................................................

ผู้ทำบันทึก.........................................................................เบอร์ติดต่อ.......................................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | ชื่อ-สกุล ผู้รับเงิน | SAP ID | รายการค่าตอบแทน | ว/ด/ป –ว/ด/ป ที่ปฏิบัติงาน | จำนวนเงิน | เลขอนุมัติหลักการ(สำหรับเจ้าหน้าที่) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการและขอรับรองว่าผู้ปฏิบัติงานได้ปฏิบัติงานจริง

ลงนาม .....................................................

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

 หัวหน้าโครงการวิจัย

 วันที่.....................................

|  |  |
| --- | --- |
| **ส่วนของเจ้าหน้าที่...................................**เรียน ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยคลินิก  เพื่อโปรดพิจารณา🗆 ข้อมูลถูกต้องครบถ้วน🗆 งบประมาณถูกต้อง 🗆 ไม่ถูกต้อง🗆 งบประมาณที่ใช้ได้......................................... งบประมาณคงเหลือ........................................🗆 ลงข้อมูลในระบบ SAP  ลงนาม ..................................................... (..................................................) วันที่............................................... | □ อนุมัติ□ ไม่อนุมัติ□ อื่นๆ ..................................................................................ลงนาม................................................ (ศ.พญ.กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ)ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยคลินิกวันที่..................................................... |