**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)  ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยคลินิก  วันที่..................................................... |