เอกสารหมายเลข 12

ใบมอบฉันทะ

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ.....

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข

ข้าพเจ้า ..... ตำแหน่ง .....

สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน .....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

ขอมอบฉันทะให้ ..... ตำแหน่ง .....

สังกัด.....อยู่บ้านเลขที่ ..... ตรอก/ซอย .....

ถนน .....ตำบล/แขวง ..... อำเภอ/เขต ..... จังหวัด .....

เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

๑. เงินค่า.....

จำนวน ..... บาท (.....)

๒. เงินค่า.....

จำนวน ..... บาท (.....)

ทั้งนี้เนื่องจากข้าพเจ้า .....จึงไม่สามารถมารับเช็คได้

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้โปรดจ่าย เช็ค ให้กับผู้รับมอบฉันทะ ทั้งนี้ข้าพเจ้ายอมรับผิดชอบในความเสียหาย อันอาจเกิดขึ้นจากการมอบฉันทะของข้าพเจ้าทุกประการ จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นหลักฐาน

บัตรผู้มอบ O บัตรประชาชน O บัตรข้าราชการ (ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ
เลขที่บัตร..... (.....)
วันออกบัตร.....
วันบัตรหมดอายุ.....

บัตรผู้มอบ O บัตรประชาชน O บัตรข้าราชการ (ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ
เลขที่บัตร..... (.....)
วันออกบัตร.....
วันบัตรหมดอายุ.....

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน
(.....)

คำอนุมัติ

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ได้

(ลงชื่อ).....
(นายเดชาชัช สายเมธางกุร)
ตำแหน่ง. หัวหน้ากลุ่มงานบริหารงานสาธารณสุข
วันที่ ...../...../.....

คำอธิบาย

๑.ให้ระบุถึงสาเหตุที่ไม่อาจมารับเงินด้วยตนเองได้

๒.ทั้งนี้ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้มอบฉันทะและผู้รับมอบฉันทะโดยรับรองสำเนาถูกต้องด้วย