

## ED-02 แบบฟอร์มขออนุมัติเบิก-จ่ายเงิน/จัดซื้อจัดจ้างจากเงินรายได้หลักสูตร

## Payment Request Form

หน่วยบริหารการศึกษา สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

Educational Unit, Institute of Nutrition Mahidol University

เรียนประธานหลักสูตร.....

To Course Director .....

ด้วยข้าพเจ้า นาย / นาง / นางสาว / ยศ .....

I am Mr. / Mrs. / Ms. / Ranks (Titles).....

 นักศึกษาเลขประจำตัว ..... หลักสูตร  ไทย  นานาชาติ Student ID Number ..... Program  Thai  International อาจารย์  ผู้ช่วยศาสตราจารย์  รองศาสตราจารย์  ศาสตราจารย์ Lecturer  Assistant Professor  Associate Professor  Professorหลักสูตรระดับ  ปริญญาโท  ปริญญาเอก สาขา .....Program  Master's Degree  Doctoral Degree Major..... นักวิจัย  เจ้าหน้าที่ หน่วย/งาน ..... Researcher  Staff Unit..... สถาบันโภชนาการ  โครงการร่วมคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีกับสถาบันโภชนาการ Institute of Nutrition  Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital and Institute of Nutrition

มีความประสงค์ขออนุมัติใช้เงินรายได้หลักสูตร ( Approval request to use income of program)

 ป.เอกโภชนศาสตร์ (Doctoral of Philosophy in Nutrition) ป.โทโภชนศาสตร์ ( Master of Science Program in Nutrition) พิษวิทยาทางอาหารและโภชนาการ (Toxicology and Nutrition) โภชนาการและการกำหนดอาหาร (Nutrition and Dietetics) อาหารและโภชนาการเพื่อการพัฒนา (Food Science for Nutrition)

เพื่อ (Give the reason(s)) .....

ลงชื่อ(Signature)..... วันที่(Date).....

(.....)

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร(Comment of the Program Director)

 Approved Disapprove.....

ลงชื่อ(Signature)..... วันที่(Date).....

(.....)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร (Program Director)

เจ้าหน้าที่ผู้รับเรื่อง(Staff)	<input type="checkbox"/> ได้รับเงินเรียบร้อยแล้ว (Received payment)
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่การเงินหลักสูตร (Accounting Staff)	<input type="checkbox"/> ได้รับของเรียบร้อยแล้ว (Received Item(s))
<input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่พัสดุหลักสูตร (Supply Staff)	ลงชื่อ(Signature).....วันที่ Date).....
ลงชื่อ(Signature).....วันที่(Date).....	ผู้รับของ/ผู้รับเงิน(Receiver)