



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



ศิริราชมูลนิธิ
SIRIRAJ FOUNDATION



คณะแพทยศาสตร์
ศิริราช
พยาบาล

ศูนย์การแพทย์
กาญจนา
ภิเษก

การจัดซื้อจัดจ้าง

ตามระเบียบศิริราชมูลนิธิว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2563



นำเสนอโดย นางสาวจิราวรรณ ปุ่นอภิรัตน์
ตำแหน่ง นักวิชาการพัสดุ
26 กุมภาพันธ์ 2569



วัตถุประสงค์

มาตรฐานเดียวกัน

เพื่อให้ผู้ที่ได้มอบหมายในการปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง
กองทุนต่าง ๆ ของศิริราชมูลนิธิ
ดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิด
ประโยชน์สูงสุด

สร้างความเข้าใจ

เพื่อสร้างความรู้ และความเข้าใจ
ในดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้างตาม
ระเบียบศิริราชมูลนิธิว่าด้วยการพัสดุ
พ.ศ.2563 ให้กับบุคลากรศูนย์การ
แพทย์กาญจนาภิเษก

ลดข้อผิดพลาด

เพื่อลดปัญหาข้อผิดพลาดในการ
ประสานงานและการจัดทำเอกสาร
การจัดซื้อจัดจ้าง



วัตถุประสงค์

มาตรฐานเดียวกัน

เพื่อให้ผู้ที่ได้มอบหมายในการ
ปฏิบัติงานจัดซื้อจัดจ้าง
กองทุนต่าง ๆ ของศิริราชมูลนิธิ
ดำเนินงานได้อย่างถูกต้อง
เป็นไปในทิศทางเดียวกัน และเกิด
ประโยชน์สูงสุด

สร้างความเข้าใจ

เพื่อสร้างความรู้ และความเข้าใจ
ในดำเนินงานจัดซื้อจัดจ้างตาม
ระเบียบศิริราชมูลนิธิว่าด้วยการพัสดุ
พ.ศ.2563 ให้กับบุคลากรศูนย์การ
แพทย์กาญจนาภิเษก

ลดข้อผิดพลาด

เพื่อลดปัญหาข้อผิดพลาดในการ
ประสานงานและการจัดทำเอกสาร
การจัดซื้อจัดจ้าง

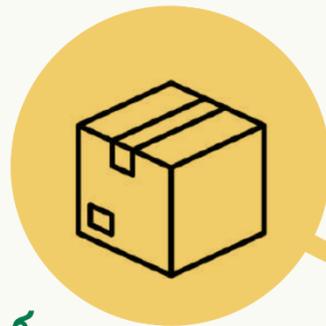


คำนิยามการจัดซื้อจัดจ้าง

(การดำเนินการเพื่อให้ได้มาซึ่งพัสดุโดยการซื้อ จ้าง เช่า แลกเปลี่ยน)



สินค้า



วัสดุ, ครุภัณฑ์
ที่ดิน, สิ่งปลูกสร้าง

สินค้า

งานก่อสร้าง



บริการ

งานจ้างบริการ, จ้างเหมาบริการ,
จ้างทำของ



งานจ้างที่ปรึกษา,
จ้างออกแบบหรือควบคุม

งานก่อสร้าง



เปรียบเทียบขั้นตอนการจัดซื้อจัดจ้าง

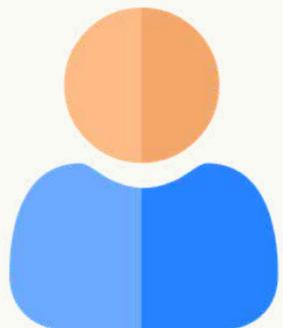
ไม่เกิน 300,000 บาท	เกินกว่า 300,000 บาท
ขออนุมัติหลักการและขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง	ขออนุมัติหลักการและขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง
ไม่ต้องจัดทำใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง (PO) ให้ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินทุนลงนามอนุมัติสั่งซื้อ/สั่งจ้าง ในใบเสนอราคาได้	ต้องจัดทำใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง (PO) และให้ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย ลงนามใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง
สืบราคาอย่างน้อย <u>1 ราย</u> และชี้แจงเหตุผล	สืบราคาอย่างน้อย <u>3 ราย</u> ขึ้นไป และชี้แจงเหตุผล



การสั่งซื้อสิ่งจ้างและเกณฑ์การตรวจรับพัสดุ

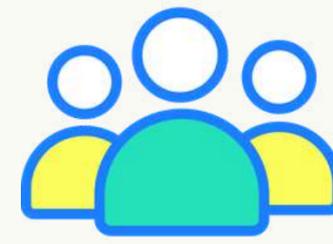
300,000 บาท

วงเงินไม่เกิน 300,000 บาท



แต่งตั้งบุคคล 1 ราย
เป็นผู้ตรวจรับพัสดุได้

วงเงินเกิน 300,000 บาท



แต่งตั้งคณะกรรมการตรวจรับพัสดุอย่างน้อย 3 ราย



การสั่งซื้อสิ่งจ้าง และการตรวจรับพัสดุ (ครุภัณฑ์)

เมื่อได้รับมอบพัสดุแล้วให้ขึ้นทะเบียนควบคุมสินทรัพย์ โดยหน่วยงานจะต้องส่งเอกสาร
การจัดซื้อครุภัณฑ์มาที่งานพัสดุ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อดำเนินการขึ้นทะเบียน



ควบคุมสินทรัพย์ ก่อนดำเนินการเบิกจ่าย



ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายกองทุนและผู้มีอำนาจอนุมัติเงินทุน



ผู้เบิก

ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเงินกองทุนที่ระบุไว้ในเงื่อนไขการตั้งทุนของแต่ละกองทุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือหน่วยงานสังกัดศิริราชมูลนิธิ บุคคลหรือหน่วยงานสังกัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



ผู้มีอำนาจอนุมัติ

- คณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ประธานศิริราชมูลนิธิ
- ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (กรณีทำการแทน)



กองทุนที่ต้องจัดซื้อจัดจ้างผ่านงานพัสดุ GJ



กองทุนสร้างอาคารส่วนขยายศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (ระยะที่ 2)

เร่งด่วน สร้างอาคาร สนับสนุนเครื่องมือแพทย์

♥ D003884

เพื่อก่อสร้างและจัดซื้อครุภัณฑ์ทางการแพทย์ อาคารส่วนขยายศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก (ระยะที่ 2) สำหรับขยายบริการตรวจและรักษาผู้ป่วย



กองทุนเพื่อจัดซื้อเครื่องมือแพทย์

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000016

เพื่อจัดซื้อเครื่องมือแพทย์ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนศิริราชมูลนิธิ (ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก)

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000000

เพื่อผู้ป่วยด้วยโอกาสและสนับสนุนกิจการของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนศิริราช-กาญจนา สู้ภัยโควิด

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000021

เพื่อกิจการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษกและเพื่อจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยโควิดของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนอื่น ๆ ของศูนย์การแพทย์ฯ



กองทุนศัลยกรรมออร์โธปิดิกส์

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000002

เพื่อช่วยผู้ป่วยผู้ด้อยโอกาสในการรักษาผู้ป่วยโรคทางออร์โธปิดิกส์ และเพื่อพัฒนางานออร์โธปิดิกส์ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนจักษุ

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000007

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาสด้านจักษุของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนเวชศาสตร์ฟื้นฟู

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000005

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาสด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนอายุรศาสตร์

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000011

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้อยโอกาสและเพื่อการศึกษา ฝึกอบรม วิจัย แผนกอายุรศาสตร์ของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนเพื่อกุมารเวชศาสตร์

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000018

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยในหน่วยกุมารเวชศาสตร์และสนับสนุนกิจการของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนเพื่อผู้ป่วย

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000020

เพื่อช่วยเหลือการรักษาผู้ป่วยของศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



กองทุนโรคไต

ศิริราช-กาญจนา

♥ J000006

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้, เพื่อการศึกษา ฝึกอบรม วิจัย, เพื่อทุนการศึกษา นักศึกษาแพทย์ และเพื่อพัฒนาศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง

1



หนังสือขออนุมัติ
หลักการใช้งเงิน

2



กำหนด SPEC/TOR

3



หนังสือขออนุมัติจัดซื้อ
จัดจ้างพร้อมระบุรายชื่อ
ผู้ตรวจรับ/
คณะกรรมการตรวจรับ

4



ใบเสนอราคา

5



ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง
(PO)

6



ใบตรวจรับพัสดุ



เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง

1



หนังสือขออนุมัติ หลักการใช้จ่ายเงิน





งานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 โทร. 2306

ที่ อว 78.0735/รศ016/2568
 วันที่ 9 กันยายน 2568
 เรื่อง ขออนุมัติหลักการเบิกกองทุนรังสีวินิจฉัย (J000025)
 เรียน ผู้อำนวยการฝ่ายทุน (นายแพทย์ พิพิธ ปิตุวงศ์)

เนื่องด้วย งานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มีความประสงค์ในการจัดเก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จุดประสงค์เพื่อใช้จัดเก็บเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์ต่างๆ ในหน่วยงานรังสีเทคนิค

ในกรณี งานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ใคร่ขออนุมัติหลักการค่าใช้จ่ายในการดำเนินการจัดทำตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จำนวน 1 งาน เป็นจำนวนเงิน 80,500.00 บาท (แปดหมื่นห้าร้อยบาทถ้วน) โดยเบิกจ่ายจากกองทุน J000025 : กองทุนรังสีวินิจฉัย โดยมีรายละเอียดตามเอกสารที่แนบมาด้วยนี้

เจริญมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติหลักการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

(นายอิชฎิ สุบินมงคล) หัวหน้างานรังสีเทคนิค
 (นายแพทย์พิพิธ ปิตุวงศ์) ผู้ช่วยผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

(นายแพทย์นิมิตร ทองพูลสวัสดิ์) รองผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

รับทราบ
 เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
 โปรดดำเนินการต่อไป
 ลงชื่อ.....
 (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)
 ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
 วันที่ 24 กย. 2568


 ศิริราชมูลนิธิ

หน่วยงาน: ฝ่ายคลังศิริราชมูลนิธิ โทร. 02-419-7687-8 ต่อ 301-3
 NO. 11921
 เรียน หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
 เรื่องนี้ ได้ดำเนินการอนุมัติใช้เงินทุนเรียบร้อยแล้ว ดำเนินการเบิกจ่ายได้ค่ะ

(นางสาวกัญกร จันทร์อุดม) ผู้จัดทำ
 (นางสาวเดือนใจ แสงพลับ) หัวหน้าฝ่ายคลังศิริราชมูลนิธิ
 3 ก.ย. 2568

เรียน หัวหน้างานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
 เพื่อโปรดดำเนินการ
 (นายสันฐิติ เกียรติบุรณกุล)
 หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
 03 ก.ย. 2568



เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง

3



หนังสือขออนุมัติจัดซื้อจัดจ้าง
พร้อมระบุรายชื่อผู้ตรวจรับ/
คณะกรรมการตรวจรับ

งานรังสีเทคนิค ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
โทร.02-849-6600 ต่อ 2306

ที่ อว 78.0735/รส021/2568
วันที่ 14 ตุลาคม 2568
เรื่อง ขออนุมัติใช้งบประมาณจากศิริราชมูลนิธิเพื่อดำเนินการจัดทำตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จำนวน 1 งาน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง

เรียน นายแพทย์พิพิธ ปิตุวงศ์ (ผู้มีสิทธิ์เบิกจ่ายกองทุน)

ตามหนังสือที่ อว 78.0735/รส016/2568 ลงวันที่ 9 กันยายน 2568 ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้รับอนุมัติในหลักการให้เงินงบประมาณจากศิริราชมูลนิธิ วงเงินงบประมาณทั้งสิ้น 80,500.00 บาท (แปดหมื่นห้าร้อยบาทถ้วน) จากกองทุน รังสีวินิจฉัย รหัสกองทุน J000025 เพื่อดำเนินการจัดทำตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จำนวน 1 งาน โดยวิธีเฉพาะเจาะจง ให้กับงานรังสีเทคนิค แล้วนั้น

ในกรณี เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เหมาะสม และโปร่งใส งานรังสีเทคนิค จึงดำเนินการสืบราคาจากผู้รับจ้าง จำนวน 2 ราย ดังนี้

1. บริษัท บางกอก มาริน เทค จำกัด	เสนอราคาเป็นเงิน 80,250.00 บาท
2. บริษัท สหวัฒน์ เซ็ท โปรดักชั่น จำกัด	เสนอราคาเป็นเงิน 95,000.00 บาท

และได้พิจารณารายละเอียดคุณสมบัติเฉพาะของรายการตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล หรือติดตั้ง ผลปรากฏว่า ผู้รับจ้าง ทั้ง 2 ราย มีคุณสมบัติถูกต้องครบถ้วน และยื่นข้อเสนอตรงตามที่งานรังสีเทคนิคกำหนด จึงพิจารณาจ้างจัดทำตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จำนวน 1 งาน จากผู้เสนอราคาต่ำที่สุด คือ บริษัท บางกอก มาริน เทค จำกัด เสนอราคา เป็นเงินทั้งสิ้น 80,250.00 บาท (แปดหมื่นสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) และขอเสนอรายชื่อ นางสาว ณัฏฐ์สุนัน ศิริอักษรศิลป์ ตำแหน่ง เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป เป็นผู้ตรวจรับพัสดุ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- อนุมัติให้ใช้งบประมาณจากศิริราชมูลนิธิ “กองทุนรังสีวินิจฉัย” รหัสกองทุน J000025 เพื่อดำเนินการจัดทำตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build-in จำนวน 1 งาน จาก บริษัท บางกอก มาริน เทค จำกัด เป็นเงินทั้งสิ้น 80,250.00 บาท (แปดหมื่นสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน) กำหนดส่งมอบภายใน 30 วัน กำหนดรับประกัน 6 เดือน ตามใบเสนอราคาเลขที่ QBM680020 Rev.2 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2568
- ลงนามใบสั่งจ้าง ตามที่เสนอมาพร้อมนี้

ลงนาม.....ผู้มีสิทธิ์เบิกจ่ายกองทุน (นายแพทย์พิพิธ ปิตุวงศ์) ✓

ลงนาม.....ผู้จัดทำหนังสือ (นางสาวณัฏฐ์สุนัน ศิริอักษรศิลป์)

..... (นายอิษฎ์ สุบินมงคล) หัวหน้างานรังสีเทคนิค



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



คณะแพทยศาสตร์
ศิริราช
พยาบาล

ศูนย์การแพทย์
กาญจนา
ภิเษก

เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง



ใบเสนอราคา



บริษัท บางกอก มาริน เทค จำกัด
Bangkok Marin Tech Company Limited

89/546 หมู่ 8 ซอยประชาอุทิศ 129 ถนนประชาอุทิศ อำเภอพระประแดง จังหวัด สมุทรปราการ 10130
89/546 Moo 8 Soi Pracha-Uthit 129, Pracha-Uthit Road, Phra Pradaeng, Samutprakarn, 10130

วันที่ 15 กรกฎาคม 2568

CLIENT: ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ใบเสนอราคา: QBM680020 Rev.2

ADDRESS: 888 ถนนบรมราชชนนี ตำบลศาลายา อำเภอพุทธมณฑล จังหวัดนครปฐม 73170

TEL: 02-849-6600 FAX: E-MAIL:

PROJECT: ตู้เก็บอุปกรณ์ แผนกออกราย ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

QUOTATION/ BILL OF QUANTITIES

ITEM	DESCRIPTION	Q'TY	UNIT	MATERIAL		LABOUR		TOTAL
				@	AMOUNT	@	AMOUNT	
1	ตู้เก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล - ตู้เก็บอุปกรณ์สูงขนาดพิเศษ - มีโต๊ะเตรียมของ และชั้นวางของ - ปิดผิวด้วยลามิเนตลายไม้	1	ชุด	75,000.00	75,000.00	-	-	75,000.00
Total					75,000.00	0.00		75,000.00
แปดหมื่นสองร้อยห้าสิบบาทถ้วน				ราคารวมสินค้า/บริการ (Sub Total)				75,000.00
				ภาษีมูลค่าเพิ่ม/ VAT 7%				5,250.00
				ราคารวมสุทธิ (Grand Total)				80,250.00

หมายเหตุ :
 1. ระยะเวลาติดตั้งและขนส่ง/ Installation and Delivery : 30 วัน
 2. ระยะเวลาประกัน/ Validity : 150 วัน
 3. เงื่อนไขการชำระเงิน/ Terms of Payment :



ขอแสดงความนับถือ
(นายอัครวิทย์ อรุณี)
กรรมการผู้จัดการ
Mobile: 062-628-9514



เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง

5



ใบสั่งซื้อ/สั่งจ้าง

(PO)



ศิริราชมูลนิธิ
เลขที่ 2 มีนาคีคณาภิเษก ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร: 0-2419-7658-60, 0-2419-7688, 0-2414-1414 โทรสาร : 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
"เพื่อผู้ป่วยยากไร้โรงพยาบาลศิริราช"

ใบสั่งซื้อ

รหัสใบสั่งซื้อ : ส.ม.(GJ) / วันที่

ถึง บริษัท/ห้าง/ร้าน

ตามที่ท่านได้เสนอราคาขาย รายการ จำนวน (หน่วยนับ)
ตามใบเสนอราคาของท่านเลขที่ ลงวันที่ นั้น

บัดนี้ ศิริราชมูลนิธิ พิจารณาแล้วตกลงซื้อ จำนวน (หน่วยนับ)

ตามแคตตาล็อกหรือแบบรูปและรายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะที่แนบท้ายใบสั่งซื้อฉบับนี้ ทั้งนี้ โดยท่านจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่แนบมาต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน*	ราคาต่อหน่วย		รวมเป็นเงิน	
			บาท	สต.	บาท	สต.
1	ชื่อ ยี่ห้อ รุ่น (รายละเอียดคุณลักษณะเฉพาะที่แนบมา)	.....	.....	.....	.....	.....
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (.....)		จำนวนเงินรวม	.....	.....	.....	.....

1. สิ่งของที่ซื้อข้อมาตามใบสั่งซื้อต้องมีคุณภาพไม่ต่ำกว่าที่กำหนดไว้ตามรายการละเอียดใบเสนอราคาและเอกสารแนบท้ายใบสั่งซื้อ ซึ่งเป็นการซื้อของใหม่และไม่เคยถูกใช้มาก่อน

ในการนี้ที่เป็นการซื้อของที่จะต้องมีการตรวจทดลอง ท่านยินยอมรับรองว่าเมื่อตรวจทดลองแล้วต้องมีคุณภาพไม่ต่ำกว่าที่กำหนดไว้ตามแคตตาล็อกหรือแบบรูปและรายละเอียดที่แนบมาในใบสั่งซื้อฉบับนี้ หากผู้ขายไม่ส่งมอบสิ่งของ หรือส่งมอบสิ่งของไม่ถูกต้อง หรือไม่ครบจำนวน ผู้ซื้อไม่ถือเรื่องใบสั่งซื้อทั้งหมด หรือแต่บางส่วนได้ การใช้สิทธิยกเลิกใบสั่งซื้อไม่กระทบสิทธิของผู้ซื้อในการเรียกค่าเสียหาย

2. สิ่งของที่ซื้อข้อมาครั้งนี้ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จะยอมรับเมื่อเจ้าหน้าที่ผู้มีอำนาจของ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ได้ตรวจรับพัสดุไว้เป็นการครบถ้วนถูกต้องตามใบสั่งซื้อแล้ว

3. ท่านต้องส่งมอบสิ่งของที่สั่งซื้อให้ถูกต้องครบถ้วนตามใบสั่งซื้อนี้ ภายในกำหนด วัน นับตั้งแต่วันที่ วันถัดจากวันที่ท่านได้รับใบสั่งซื้อนี้เป็นวันเริ่มต้น พร้อมทั้งหีบห่อหรือเครื่องหมายระบุโดยเรียบร้อย ณ หน่วย/งาน ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เมื่อพ้นกำหนดดังกล่าวแล้ว ท่านยินยอมให้ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ปรับเป็นรายวัน ในอัตราร้อยละ 0.2 ของราคาส่งของที่ยังไม่ได้รับมอบ นับตั้งแต่วันที่พ้นกำหนดส่งมอบสิ่งของตามใบสั่งซื้อนี้เป็นวันเริ่มต้นจนถึงวันที่ท่านได้นำสิ่งของที่ซื้อข้อมาส่งมอบให้แก่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก จนครบถ้วนถูกต้องตามใบสั่งซื้อนี้แล้ว

ผู้สั่งซื้อ / ผู้รับใบสั่งซื้อ



ศิริราชมูลนิธิ
เลขที่ 2 มีนาคีคณาภิเษก ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทร: 0-2419-7658-60, 0-2419-7688, 0-2414-1414 โทรสาร : 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
"เพื่อผู้ป่วยยากไร้โรงพยาบาลศิริราช"

ใบสั่งจ้าง

รหัสใบสั่งจ้าง : ส.ม.(GJ) / วันที่

ถึง บริษัท/ห้าง/ร้าน

ตามที่ท่านได้เสนอราคา จ้าง จำนวน (หน่วยนับ) ตามใบเสนอราคา
ของท่าน เลขที่ ลงวันที่ นั้น

บัดนี้ ศิริราชมูลนิธิ พิจารณาแล้วตกลง จ้าง จำนวน (หน่วยนับ)

ที่ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 888 หมู่ 6 ตำบล ศาลาอา
อำเภอบางพลี จังหวัด นครปฐม ตามแบบรูปและรายละเอียดที่แนบมาในใบสั่งจ้างนี้ ทั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามเงื่อนไข
ที่แนบมาต่อไปนี้

ลำดับ	รายการ	จำนวน	ราคาต่อหน่วย		รวมเป็นเงิน	
			บาท	สต.	บาท	สต.
1	จ้าง (รายละเอียดอื่น ๆ ตามเอกสารแนบมา)	.....	.....	.....	.....	.....
รวมเป็นเงิน		.....	.....	.....	.....	.....
ภาษีมูลค่าเพิ่ม 7%		.....	.....	.....	.....	.....
จำนวนเงินเป็นตัวอักษร (.....)		รวมเป็นเงินทั้งสิ้น	.....	.....	.....	.....

1. ในการปฏิบัติตามใบสั่งจ้างนี้ ท่านจะต้องจัดหาสิ่งของชนิดดี ไซ้เครื่องมือดี และช่างฝีมือดี เพื่อประกอบการทำงานนี้
จนแล้วเสร็จ

2. งานจ้างตามใบสั่งจ้างนี้ ศิริราชมูลนิธิจะยอมรับ เมื่อคณะกรรมการตรวจการจ้างของศิริราชมูลนิธิได้ตรวจรับไว้
เป็นการครบถ้วน ถูกต้องตามใบสั่งจ้างแล้ว

3. ในวันส่งมอบงานจ้าง ท่านจะต้องนำใบสั่งจ้างพร้อมหลักฐานการส่งงานมอบให้ไว้แก่คณะกรรมการตรวจรับ
การจ้างของศิริราชมูลนิธิด้วย

4. ท่านจะต้องส่งมอบงานจ้างตามใบสั่งจ้างนี้ ภายในกำหนด วัน นับตั้งแต่วันที่ท่านได้รับใบสั่งจ้างนี้
เป็นวันเริ่มต้น เมื่อพ้นกำหนดดังกล่าวแล้ว ท่านยินยอมให้ศิริราชมูลนิธิปรับเป็นรายวัน วันละ บาท นับตั้งจาก
วันครบกำหนด ส่งมอบงานตามใบสั่งจ้างนี้เป็นวันเริ่มต้น จนถึงวันที่ท่านได้ส่งมอบงานจ้างให้แก่ศิริราชมูลนิธิ ณ ศูนย์การแพทย์
กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จนครบถ้วนถูกต้องตามใบสั่งจ้างทุกประการแล้ว

5. เมื่อจบเสร็จเรียบร้อยแล้วศิริราชมูลนิธิได้รับมอบงานจากท่านแล้ว ถ้ามีเหตุชำรุดเสียหายเกิดขึ้นแก่งานจ้างนี้
ภายในระยะเวลา ปี นับแต่วันที่ได้รับมอบงานโดยให้นับวันที่ได้รับมอบงานเป็นวันเริ่มต้น ซึ่งเหตุชำรุดเสียหายนั้นเกิดจาก
ความบกพร่องของท่าน จะเป็นโดยทั่วไปไม่เรียบร้อย หรือใช้ของที่ไม่ดี หรือทำให้ถูกต้องตามหลักวิชาก็ตาม ท่านจะต้องรีบทำการ
แก้ไขซ่อมแซมให้เป็นที่น่าพอใจ ภายในกำหนด 7 วัน นับแต่วันที่ได้รับแจ้งจากศิริราชมูลนิธิ โดยให้นับวันที่ได้รับแจ้งเป็นวัน
เริ่มต้น โดยไม่คิดค่าสิ่งของ ค่าแรงงาน หรือค่าใช้จ่ายอื่นใดจากศิริราชมูลนิธิอีก



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



คณะแพทยศาสตร์
ศิริราช
พยาบาล
ศูนย์การแพทย์
กาญจนา
ภิเษก

เอกสารที่หน่วยงานต้องจัดทำเพื่อดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง



ใบตรวจรับพัสดุ

บริษัท บางกอก มาริน เทค จำกัด
Bangkok Marin Tech Company Limited
89/546 หมู่ 8 ซอยประชาอุทิศ 129 ถนนประชาอุทิศ แขวงบางพลีใหญ่ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10130
89/546 Moo 8 Soi Pracha-Uthit 129, Pracha-Uthit Road, Phra Pradaeng, Samsatprakan, 10130
เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 1155 56010 87 0 สำนักงานใหญ่

ใบแจ้งหนี้/วางบิล
Invoice Receipt

ต้นฉบับ

วันที่ 13 มกราคม 2569

เลขที่ใบแจ้งหนี้/วางบิล: BMT691403

CLIENT: ศิริราชมูลนิธิ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0 9930 00396 94 4
ADDRESS: เลขที่ 2 ซักมทิดลบ้านโพธิ์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700
TEL: 02-419-7658 FAX: 02-419-7687
PROJECT:

ITEM	DESCRIPTION	QUANTITY	UNIT PRICE	TOTAL
1	ตู้จัดเก็บอุปกรณ์ทรงสูง รูปตัวแอล แบบ Build in	1 ฐาน	75,000.00	75,000.00
ราคารวมสินค้า/ บริการ (Sub Total)				75,000.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม/ VAT 7%				5,250.00
ราคารวมสุทธิ (Grand Total)				80,250.00

Bangkok Marin Tech Co., Ltd.
ผู้รับวางบิล (Deliverer)
Date (13 JAN 2029

ผู้รับวางบิล (Collector)
Date (13 ม.ค. 2569

89/546 หมู่ 8 ซอยประชาอุทิศ 129 ถนนประชาอุทิศ
แขวงบางพลีใหญ่ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10130
Tel: 02-419-7658 Fax: 02-419-7687

84/55 Soi Pracha-Uthit 33 Yaek 23
Bangkok, Thailand, Bangkok 10140
Tel/ FAX: 02-486-5919



บริษัท แอลโคเทค อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัด
9/144 ถนนราชพฤกษ์ แขวงบางระมาด เขตตลิ่งชัน กรุงเทพมหานคร 10170
Tel: 0105565100657 Tel. 02-8620959
Fax. 02-8620254 ต่อ 3

ใบส่งสินค้า/ใบแจ้งหนี้/ใบกำกับภาษี

เลขที่เอกสาร IV6812-0036 /
วันที่เอกสาร 16/12/2568

ต้นฉบับ
(ORIGINAL)

ผู้ติดต่อ: ประธานวิศวกรรม	เลขที่ใบกำกับภาษี: IV6812-0036
ชื่อบริษัท: อีวีวี เทคโนโลยี	วันที่ใบกำกับภาษี: 16/12/2568
สาขา: สำนักงานใหญ่ เลขประจำตัวผู้เสียภาษีอากร 0993000396944	สถานที่ตั้งของ:
ที่อยู่: ซักมทิดลบ้านโพธิ์ ชั้น 1 เลขที่ 2 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร 10700	
โทร: 02-414-1414 โทรสาร:	

ใบสั่งซื้อเลขที่	ใบแจ้งหนี้เลขที่	ชนิด (วัน)	วันครบกำหนด	ค่าขนส่ง	พิกัดงานเลข
ศ.ม. (MJ) 67/2568	SC6812-0002	30	16/01/2569	16/12/2568	สุทวาศิ จิต โสภณศิริพิช

ลำดับ	รหัสสินค้า	รายการ	จำนวน	หน่วย	ราคาหน่วย	ส่วนลด	จำนวนเงิน
1	EM-PU-1002060	ตู้จัดเก็บอุปกรณ์ทรงสูงรูปตัวแอลแบบ Build in	2.00	Unit	54,950.00		109,900.00
2	EM-PU-1002016	ตู้เก็บเอกสาร 4 ชั้น สูง 120 ซม. สีเทา	4.00	Piece			
3	EM-PU-1002018	ตู้เก็บเอกสาร 4 ชั้น สูง 120 ซม. สีเทา	4.00	Piece			

ตรวจสอบรายการได้จริงแล้ว
ลงชื่อ อีวีวี เทคโนโลยี
ศิริราช คณะแพทยศาสตร์
ลงชื่อ อีวีวี เทคโนโลยี
ศิริราช คณะแพทยศาสตร์
วันที่ 16 ธ.ค. 2568

รวมเงิน	109,900.00
ภาษีมูลค่าเพิ่ม	7,189.72
รวมเงินทั้งสิ้น	117,089.72

ผู้รับวางบิล (Collector)
Date (13 ม.ค. 2569

นางสาวประทีป (อีวีวี) ของผู้รับของ
วันที่ 16, 12, 68

ผู้รับวางบิล

ผู้ส่งของ
ผู้รับของ



เอกสารประกอบการเบิกจ่ายเงินสำหรับคู่สัญญา



นิติบุคคล

- 1. หนังสือรับรองบริษัท
- 2. ใบทะเบียน ร.พ. 20
- 3. สำเนาทะเบียนพาณิชย์
- 4. หน้าสมุดบัญชีธนาคาร



บุคคลธรรมดา

- 1. สำเนาบัตรประชาชน
- 2. หน้าสมุดบัญชีธนาคาร

หากมีการมอบอำนาจให้
ติดต่อกรสเต็มรูปแบบตาม
กฎหมาย



ข้อมูลการออกใบส่งของ/ใบกำกับภาษี/ใบเสร็จรับเงิน

01 ชื่อ: ศิริราชมูลนิธิ

02 ที่อยู่: เลขที่ 2 ตึกมหิดลบำเพ็ญ ชั้น1
โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง
เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

03 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี:
0993000396944

04 Website:
<https://www.sirirajfoundation.org/th/>



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



คณะแพทยศาสตร์
ศิริราช
พยาบาล

ศูนย์การแพทย์
กาญจนา
ภิเษก

Intranet | ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก | ระบบจองห้องประชุม - ศูนย์การแพทย์ |

intranet.sigj/gj/

มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

INTRANET
Golden Jubilee Medical Center

ยินดีต้อนรับคุณ
จิราวรรณ ปูนอกสิทธิ์ (jirawan.poo)
Password หมดอายุวันที่
11 มีนาคม 2569 14:23:31
[Reset your password?](#) [Logout](#) LIGHT

หน้าหลัก DOWNLOADS เว็บไซต์หน่วยงานต่างๆ FLEXIBLE TIME MEDIA ONLINE ข้อมูลบุคลากร ระบบสถิติทางการแพทย์

Home <<

ค้นหา...

- INCIDENT
- HELPDESK
- ASSIGNMENT
- เอกสารคุณภาพ

สำนักงานทันตกรรม	ศูนย์เทคนิคการแพทย์และ...	ฝ่ายแพทยิกางเลือก	ฝ่ายการพยาบาล
งานโสตศอนาสิก	งานสื่อสารองค์กร	งานเวชสาร งานพัสดุ	งานเวชระเบียน
งานโภชนาการ	งานเภสัชกรรม	งานพัสดุ	งานพัฒนาคุณภาพ
งานบริหารงานทั่วไป	งานบริหารคลินิกพิเศษ	งานนโยบายและแผน	งานทรัพยากรบุคคล
งานการศึกษาวิจัย	งานการคลัง	งานอาคารสถานที่และยาน...	งานโภชนาการ
ศูนย์รังสีวินิจฉัยและรังสีร่ว...			

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

Intranet | ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก | งานพัสดุ | ระบบจองห้องประชุม - ศูนย์การแพทย์ |

intranet.sigj/pc/

HOME เกี่ยวกับหน่วยงาน เอกสารเผยแพร่ คำสั่ง/คำสั่งมอบอำนาจ หน่วยงานในสังกัด วัตถุประสงค์จ้าง ข่าวประชาสัมพันธ์ **แบบฟอร์ม** ติดต่อเรา

งานพัสดุ
PROCUREMENT DEPARTMENT

- แบบฟอร์มจัดซื้อ
- แบบฟอร์มศิริราชมูลนิธิ
- แบบฟอร์มควบคุม
- แบบฟอร์มธุรการ
- แบบฟอร์มอื่นๆ
- แบบสัญญา

ศิริราช พยาบาล
กาญจนาภิเษก

Home

งานพัสดุ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

NEW

หนังสือที่ อว 78.0735/25296



มหาวิทยาลัยมหิดล
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก



คณะแพทยศาสตร์
ศิริราช
พยาบาล

ศูนย์การแพทย์
กาญจนา
ภิเษก

THANK YOU

A 3D illustration featuring a blue target with a red key inserted into its center. Surrounding the target are several gold coins, some of which are stacked into a small pyramid. A blue piggy bank is also visible, with gold coins inside it. The background is white with blue circular accents and a grid of small blue dots.

การยืม - ค้ำเงินทดรองจ่าย

ศิริราชมูลนิธิ

Presentation By: น.ส.รัตนาวดี พานิชกุล

INTRODUCTION

การยืมเงินทดรองจ่าย

การขอยืมเงินทดรองจ่ายสามารถขอยืมครั้งละไม่เกิน **300,000** บาท
(สามแสนบาทถ้วน)

กรณีที่ต้องยืมเงินยืมทดรองจ่ายเกินกว่า 300,000 บาท ให้ชี้แจงเหตุผล
ความจำเป็นเพิ่มเติมในบันทึกขออนุมัติ ยืมเงินทดรองจ่าย

เพื่อพิจารณาเป็นรายกรณี ศิริราชมูลนิธิสงวนสิทธิ์ที่จะไม่อนุมัติวงเงินที่เกินที่กำหนด หากเห็นว่า ไม่จำเป็น



ประกาศ

เรื่อง ระเบียบศิริราชมูลนิธิ ว่าด้วย
การยืมเงินทดรองจ่าย



การเตรียมความพร้อม

ก่อนการดำเนินการยืมเงินทดรองจ่าย

ดูยอดเงินในกองทุน

ให้ตรวจสอบจำนวนเงินภายในกองทุนที่
ต้องการเบิกจ่ายว่ามีจำนวนเพียงพอตามงบ
ประมาณที่ตั้ง หรือไม่

จำนวนเงินเพียงพอต่อการเบิกจ่าย

จัดทำเอกสารขออนุมัติในหลักการ โดยระบุวงเงินเต็มจำนวนที่
ต้องการเบิกจ่าย พร้อมแนบเอกสารรายการค่าใช้จ่ายควบคู่ไป
ด้วย (เป็นเอกสารแนบ)

จำนวนเงิน “ไม่” เพียงพอต่อการเบิกจ่าย

▶ ให้ลดรายการค่าใช้จ่ายบางรายการออก เหลือแต่รายการที่จำเป็นต้องใช้เงินก่อน

▶ จัดทำเอกสารรอบที่ 1

▶ เมื่อเงินในกองทุนครบตามจำนวนที่ตั้งแล้ว จัดทำเอกสารเพิ่มเติมอีกครั้ง

*** หากไม่ทราบจำนวนเงินในกองทุนให้ติดต่อศิริราชมูลนิธิ เพื่อสอบถามยอดเงินในกองทุน**

รายการ	งบประมาณ (บาท)
วิทยากร	16,000.00
ผู้ทรงอ่านบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00
ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00
ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เข้า-บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ) = 30,000.00	45,000.00
ว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ) = 15,000.00	
ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (50 บ. x 25 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	1,250.00
ค่าใช้จ่ายระบบ ZOOM	15,000.00
ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00
ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน (200 คน x 100 บาท)	20,000.00
ค่าทำแบบครอป	7,750.00
ค่าตกแต่งสถานที่	3,000.00
สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน	220,420.00
	220,420.00



การเตรียมความพร้อม

ก่อนการดำเนินการยืมเงินทดรองจ่าย

จัดทำรายการค่าใช้จ่าย

เขียนรายละเอียดรายการค่าใช้จ่าย
ที่ต้องการใช้ และจำนวนเงินเท่าไร

- ➔ รายละเอียดรายการที่ต้องการจัดซื้อ / เบิกจ่าย พร้อมค่าใช้จ่ายแต่ละรายการ
- ➔ ควรระบุรายการเป็นภาพรวม
- ➔ นำรายละเอียดค่าใช้จ่ายแนบไปพร้อมกับเอกสารขออนุมัติในหลักการ

รายการ	งบประมาณ (บาท)
หมวดค่าตอบแทน	
วิทยากร	16,000.00
ผู้ทรงอำนาจบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00
หมวดค่าใช้จ่าย	
ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00
ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เข้า-บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ) = 30,000.00	45,000.00
ว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ) = 15,000.00	
ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (50 บ. x 25 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	1,250.00
ค่าใช้บริการระบบ ZOOM	15,000.00
ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00
ค่าวัสดุ	
ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน (200 คน x 100 บาท)	20,000.00
ค่าทำแบบครอป	7,750.00
ค่าตกแต่งสถานที่	3,000.00
สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน	220,420.00
	220,420.00



รายการ	งบประมาณ (บาท)
หมวดค่าตอบแทน	
วิทยากร	16,000.00
ผู้ทรงอำนาจบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00
หมวดค่าจ้าง	
ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00
ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เข้า-บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ) = 30,000.00	45,000.00
ว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ) = 15,000.00	
ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (50 บ. x 25 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	1,250.00
ค่าใช้บริการระบบ ZOOM	15,000.00
ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00
ค่าวัสดุ	
ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน (200 คน x 100 บาท)	20,000.00
ค่าทำแบบครอป	7,750.00
ค่าตกแต่งสถานที่	3,000.00
สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน	220,420.00
	220,420.00

➔ มุมนิธิจะกันเงินตามที่ขออนุมัติฯ หากระบุ "หมวด" จะเปลี่ยนแปลงรายการค่าใช้จ่ายภายในหมวดเท่านั้น



การเตรียมความพร้อม

ก่อนการดำเนินการยืมเงินทดรองจ่าย

ให้ดำเนินการจัดเตรียมเอกสารแบบฟอร์มตรวจสอบรายการ (Check list) เอกสารประกอบการ ยืม - คืน เงินทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ โดยให้แนบ Check list ปะหน้าพร้อมเอกสารก่อนจัดส่งไปยังศิริราชมูลนิธิ

รายการ (check list) เอกสารประกอบการ ยืมเงินทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ

สัญญาเงินยืม
(ใช้แบบฟอร์มศิริราชมูลนิธิ)

ให้เลือกประเภทเอกสารสัญญาเงินยืมทดรองจ่ายให้ถูกต้องตามวงเงินที่ต้องต้องการเบิกจ่าย

บันทึกขอยืมเงินทดรองจ่าย

บันทึกข้อความที่ระบุผู้รับผิดชอบและกิจกรรม รายละเอียดผู้รับโอนเงินยืมทดรองจ่าย ระยะเวลาการคืนเงิน

บันทึกอนุมัติหลักการ

บันทึกข้อความที่ระบุกองทุนที่ประสงค์ขอยืมเงินทดรองจ่าย พร้อมงบประมาณที่ใช้จ่ายในงาน / กิจกรรม

งบประมาณโครงการ

รายละเอียดค่าใช้จ่ายในการจัดงาน / กิจกรรม



QR Code
check list

ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
เลขที่ 2 สิบหกตล่นำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวิเศษชัยชาญ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687 ,0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยคือโอกาสโรงพยาบาลศิริราช"

แบบฟอร์มตรวจสอบรายการ (check list) เอกสารประกอบการ ยืม - คืน เงินทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ

ประเภทเรื่อง	เอกสารประกอบการเบิกจ่าย จัดเรียงเอกสารตามลำดับข้อที่แจ้งเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตรวจสอบ
1. เงินยืมทดรองจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. สัญญาเงินยืม (ใช้แบบฟอร์มศิริราชมูลนิธิ) <input type="checkbox"/> 2. บันทึกขอยืมเงินทดรองจ่าย <input type="checkbox"/> 3. บันทึกอนุมัติหลักการ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 4. งบประมาณโครงการ (ถ้ามี)
2. รับคืนเงินยืมทดรองจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. บันทึกขอคืนเงินยืมทดรองจ่าย <input type="checkbox"/> 2. สำเนาสัญญาเงินยืม <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบนำฝาก (เงินสดคงเหลือ) <input type="checkbox"/> 4. ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี, ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ

หมายเหตุ

- เงินสดที่เหลือ นำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบนำฝากมาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้จ่ายเงินไม่ใช่ผู้ยืมลงนาม ให้ผู้ยืมทนายเหตุในใบสำคัญรับเงินมอบหมายให้บุคคลนั้นลงนามแทน
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้ยืมเป็นผู้รับเงิน ไม่ต้องลงนามผู้จ่ายเงินให้วันไว้
- กรณีดำเนินการจ่ายก่อนทำการยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ในใบเสร็จรับเงินไม่ควรเกิน 1 - 2 สัปดาห์ก่อนวันที่ได้รับเงินยืมทดรองจ่าย
- ถ้ามีเอกสารขนาดเล็กให้ลดเป็นกระดาษ ปรกติใช้ถือแทนหรือการติดลงบนกระดาษ A4

ผู้ตรวจเอกสาร.....
ฝ่ายบัญชี ศิริราชมูลนิธิ
โทร. 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131

ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
เลขที่ 2 สิบหกตล่นำเพ็ญ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวิเศษชัยชาญ เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687 ,0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยคือโอกาสโรงพยาบาลศิริราช"

แบบฟอร์มตรวจสอบรายการ (check list) เอกสารประกอบการ ยืม - คืน เงินทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ

ประเภทเรื่อง	เอกสารประกอบการเบิกจ่าย จัดเรียงเอกสารตามลำดับข้อที่แจ้งเพื่อความสะดวกรวดเร็วในการตรวจสอบ
1. เงินยืมทดรองจ่าย	<input checked="" type="checkbox"/> 1. สัญญาเงินยืม (ใช้แบบฟอร์มศิริราชมูลนิธิ) <input checked="" type="checkbox"/> 2. บันทึกขอยืมเงินทดรองจ่าย <input checked="" type="checkbox"/> 3. บันทึกอนุมัติหลักการ (ถ้ามี) <input checked="" type="checkbox"/> 4. งบประมาณโครงการ (ถ้ามี)
2. รับคืนเงินยืมทดรองจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. บันทึกขอคืนเงินยืมทดรองจ่าย <input type="checkbox"/> 2. สำเนาสัญญาเงินยืม <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบนำฝาก (เงินสดคงเหลือ) <input type="checkbox"/> 4. ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี, ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ

หมายเหตุ

- เงินสดที่เหลือ นำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบนำฝากมาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้จ่ายเงินไม่ใช่ผู้ยืมลงนาม ให้ผู้ยืมทนายเหตุในใบสำคัญรับเงินมอบหมายให้บุคคลนั้นลงนามแทน
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้ยืมเป็นผู้รับเงิน ไม่ต้องลงนามผู้จ่ายเงินให้วันไว้
- กรณีดำเนินการจ่ายก่อนทำการยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ในใบเสร็จรับเงินไม่ควรเกิน 1 - 2 สัปดาห์ก่อนวันที่ได้รับเงินยืมทดรองจ่าย
- ถ้ามีเอกสารขนาดเล็กให้ลดเป็นกระดาษ ปรกติใช้ถือแทนหรือการติดลงบนกระดาษ A4

ผู้ตรวจเอกสาร.....
ฝ่ายบัญชี ศิริราชมูลนิธิ
โทร. 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131

ตัวอย่าง สัญญาเงินยืมทดรองจ่าย

ตัวอย่างไม่เกิน 100,000

Foundation
เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจโรงพยาบาลศิริราช"

สัญญาเงินยืมทดรองจ่าย

เลขที่ : วันที่ยืม : วันที่จ่าย :
เรื่อง ขอยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ครบกำหนด :
เรียน (ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายทุน)
ข้าพเจ้า(ผู้ยืม)..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ภาควิชา/หน่วยงาน..... ขอยืมเงินทดรองจ่ายเพื่อใช้.....
จำนวนเงินที่ยืม..... บาท(.....) ทุนที่ยืม..... โดย โอนเงินเข้าบัญชี
ธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

(ผู้ยืม) จ่ายให้แก่	จำนวนเงินที่ยืม
.....	(จำนวนเงินที่เป็นตัวเลข).....
.....	(จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร).....

ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิในการเบิกจ่าย สัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการยืมเงินทดรองจ่ายของศิริราชมูลนิธิ พ.ศ. 2548 และจะนำส่งหลักฐานในสำคัญผู้ยืมพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้แก่ศิริราชมูลนิธิภายใน 15 วันทำการนับจากวันสิ้นสุดโครงการ

หากข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายไม่นำส่งหลักฐานและหรือเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ภายในระยะเวลาที่กำหนดข้างต้น ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายยินยอมให้ศิริราชมูลนิธิติดต่อทางราชการหรือหน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเพื่อให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด ปานหนึ่ง ปานสามหรือเงินอื่นใดที่พึงได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงาน ขอใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนทันที

ทั้งนี้ให้นำเงินเหลือจ่ายส่งใช้คืนที่ศิริราชมูลนิธิ โดยนำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรววัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบฝาก มาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย

ผู้ยืม ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 1 :
(.....) (.....)
ผู้ยืม ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 2 :
(.....) (.....)

ความเห็นของกองบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช () รับทราบ
() รับทราบ เรือน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดดำเนินการ
(.....) (.....)
คณบดี หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าหน่วยงาน
(.....) (.....)

ตรวจสอบเอกสารถูกต้อง	ตรวจสอบเอกสารการลงบัญชีถูกต้อง	ขอรับรองการเบิกเงินถูกต้อง เสนอ เพื่อพิจารณาอนุมัติ
..... เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชี	(นางสาวเสาวนิต ทองแป้น) หัวหน้าฝ่ายบัญชี	(นายสันติ เกียรติบุรณกุล) หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
สมควรมติ	อนุมัติ	
(ศ.นพ.ชัยวัฒน์ โมกะเวส) กรรมการแพทย์	(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.เหลือพร ปุณณกันต์) กรรมการผู้จัดการ	

บัญชี 18/ 16.1.2569

ตัวอย่างเกิน 100,000

Foundation
เลขที่ 2 ถนนพหลโยธิน ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
"เพื่อผู้ป่วยด้วยโรคหัวใจโรงพยาบาลศิริราช"

สัญญาเงินยืมทดรองจ่าย

เลขที่ : วันที่ยืม : วันที่จ่าย :
เรื่อง ขอยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ครบกำหนด :
เรียน (ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายทุน)
ข้าพเจ้า(ผู้ยืม)..... ตำแหน่ง.....สังกัด.....
ภาควิชา/หน่วยงาน..... ขอยืมเงินทดรองจ่ายเพื่อใช้.....
จำนวนเงินที่ยืม..... บาท(.....) ทุนที่ยืม..... โดย โอนเงินเข้าบัญชี
ธนาคาร..... เลขที่บัญชี..... ชื่อบัญชี.....

(ผู้ยืม) จ่ายให้แก่	จำนวนเงินที่ยืม
.....	(จำนวนเงินที่เป็นตัวเลข).....
.....	(จำนวนเงินที่เป็นตัวอักษร).....

ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิในการเบิกจ่าย สัญญาว่าจะปฏิบัติตามระเบียบว่าด้วยการยืมเงินทดรองจ่ายของศิริราชมูลนิธิ พ.ศ. 2548 และจะนำส่งหลักฐานในสำคัญผู้ยืมพร้อมทั้งเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ให้แก่ศิริราชมูลนิธิภายใน 15 วันทำการนับจากวันสิ้นสุดโครงการ

หากข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายไม่นำส่งหลักฐานและหรือเงินเหลือจ่าย (ถ้ามี) ภายในระยะเวลาที่กำหนดข้างต้น ข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายยินยอมให้ศิริราชมูลนิธิติดต่อทางราชการหรือหน่วยงานต้นสังกัดของข้าพเจ้าและผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเพื่อให้หักเงินเดือน ค่าจ้าง เบี้ยหวัด ปานหนึ่ง ปานสามหรือเงินอื่นใดที่พึงได้รับจากทางราชการหรือหน่วยงาน ขอใช้จำนวนเงินที่ยืมไปจนครบถ้วนทันที

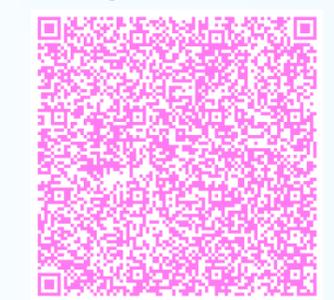
ทั้งนี้ให้นำเงินเหลือจ่ายส่งใช้คืนที่ศิริราชมูลนิธิ โดยนำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรววัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบฝาก มาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย

ผู้ยืม ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 1 :
(.....) (.....)
ผู้ยืม ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย 2 :
(.....) (.....)

ความเห็นของกองบดีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลศิริราช () รับทราบ
() รับทราบ เรือน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดดำเนินการ
(.....) (.....)
คณบดี หัวหน้าภาควิชา / หัวหน้าหน่วยงาน
(.....) (.....)

ตรวจสอบเอกสารถูกต้อง	ตรวจสอบเอกสารการลงบัญชีถูกต้อง	ขอรับรองการเบิกเงินถูกต้อง เสนอ เพื่อพิจารณาอนุมัติ
..... เจ้าหน้าที่ฝ่ายบัญชี	(นางสาวเสาวนิต ทองแป้น) หัวหน้าฝ่ายบัญชี	(นายสันติ เกียรติบุรณกุล) หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
สมควรมติ	เสนอรองประธานกรรมการศิริราชมูลนิธิคนที่ 1 ผู้ทำการแทนองค์ประธานกรรมการ เพื่ออนุมัติ	อนุมัติ
(ศ.นพ.ชัยวัฒน์ โมกะเวส) กรรมการแพทย์	(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.เหลือพร ปุณณกันต์) กรรมการผู้จัดการ	(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.ปิยะสกล สกลสัตยาทร) รองประธานกรรมการศิริราชมูลนิธิคนที่ 1 ผู้ทำการแทนองค์ประธานกรรมการ

QR Code



แบบฟอร์มไม่เกิน
100,000 บาท

QR Code



แบบฟอร์มเกิน
100,000 บาท



คู่สัญญา

เงินยืมทดรองจ่ายและ การรับโอนเงินยืมทดรองจ่าย



บุคคลที่สามารถเป็นคู่สัญญาเงินยืมทดรองจ่ายกับศิริราชมูลนิธิ

- ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย
- ผู้รับผิดชอบตามที่ระบุในเอกสารบันทึกขออนุมัติยืมเงิน ทดรองจ่าย จากศิริราชมูลนิธิ ที่ได้รับมอบหมายจากหน่วยงานซึ่งจะต้องเป็นบุคลากรสังกัด 'คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล'

บัญชีผู้รับโอนเงินยืมทดรองจ่าย

- บัญชีที่เปิดในนามหน่วยงาน
- กรณีผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเป็นคู่สัญญาเงินยืมทดรองจ่ายด้วยตนเองนั้นหน่วยงานสามารถระบุ บัญชีส่วนบุคคล (บัญชีเดี่ยว) ของผู้มีสิทธิเบิกจ่ายเป็นบัญชีผู้รับโอนเงินยืมทดรองจ่ายได้
- กรณีที่คู่สัญญาเงินยืมทดรองจ่ายไม่ใช่ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย หน่วยงานสามารถระบุบัญชี ส่วนบุคคล (บัญชีร่วม) เป็นบัญชีผู้รับโอนเงินยืมทดรองจ่ายได้ ถ้าเป็นบัญชีเดี่ยวของบุคคล จะจำกัดวงเงินการยืมเงินทดรองจ่ายครั้งละไม่เกิน 30,000 บาทเท่านั้น

แบบฟอร์มสัญญาเงินยืมทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ

สัญญาเงินยืมจำนวนเงินไม่เกิน **100,000** บาท

สัญญาเงินยืมจำนวนเงินเกิน **100,000** บาท

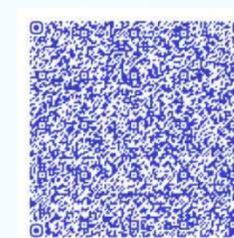
+ สำเนาสมุดบัญชี + สำเนาบัตรประชาชน

QR Code



แบบฟอร์มไม่เกิน 100,000 บาท

QR Code



แบบฟอร์มเกิน 100,000 บาท

* ให้ตรวจสอบว่าผู้ยืมนั้นมี Vendor กับศิริราชมูลนิธิหรือไม่ หากไม่มีให้แนบบัตรประชาชนไปด้วย

เอกสาร

การขออนุมัติยืมเงิน ทดรองจ่าย

ให้หน่วยงานหรือผู้มีสิทธิเบิกจ่ายที่มีความประสงค์จะยืมเงินทดรองจ่ายทำบันทึกขออนุมัติ
ยืมเงินทดรองจ่ายจากศิริราชมูลนิธิ

รายละเอียดที่ต้องระบุในเอกสาร

- ▶ ระบุผู้รับผิดชอบ
- ▶ ระบุกิจกรรมที่จะนำเงินยืมทดรองจ่ายไปใช้จ่าย
- ▶ รายละเอียด ผู้รับโอนเงินยืมทดรองจ่าย
- ▶ ระยะเวลาการคืนเงินยืมที่ชัดเจน โดยมีหัวหน้าภาควิชา หรือหัวหน้าหน่วยงาน ลงนามรับรอง
การยืมเงินทดรองจ่ายนั้น



ศิริราชมูลนิธิพิจารณาและสำรองเงิน



ตัวอย่างเอกสาร การขออนุมัติยืม เงินทดรองจ่าย

▶ แบบสำเนาหน้าบัญชี “ไทยพาณิชย์ จำกัด มหาชน”

▶ แบบสำเนาบัตรประชาชนผู้ยืม

* ตรวจสอบว่าผู้ยืมมี Vendor กับศิริราชมูลนิธิหรือไม่
กรณีมี Vendor ให้ระบุเลขที่บัญชี และแบบสำเนา
หน้าบัญชีตามข้อมูลเดิม

ตัวอย่าง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ 0 2849 6600

ที่ ฮว 78.0735/
วันที่
เรื่อง ขออนุมัติยืมเงินทดรองจ่ายจากกองทุน “กองทุนXXXXXX รหัสกองทุน J0000XX”

เรียน ผู้มีอำนาจเบิกจ่าย

ด้วยข้าพเจ้า นายแพทย์ XXXXXXX ตำแหน่งแพทย์ สังกัด ฝ่ายการแพทย์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีความประสงค์ขอยืมเงินทดรองจ่ายจากกองทุน “กองทุน XXXXXXX รหัสกองทุน J0000XX” เพื่อใช้สำหรับดำเนินงานจัด.....

ในการนี้ จึงขอดำเนินการขอยืมเงินทดรองจ่าย เป็นจำนวน XX,XXX.- บาท (.....บาทถ้วน) จากกองทุน “กองทุน XXXXXXX รหัสกองทุน J0000XX” โดยนายแพทย์ XXXXXXX ตำแหน่งแพทย์ เป็นคู่สัญญา ยืมเงิน โดยมีกำหนดชำระภายในวันจันทร์ที่ 9 กุมภาพันธ์ 2569 ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชี “นายแพทย์ XXXXXXX ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่ XXXXXXX ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ
(นายแพทย์ XXXXXXX)
แพทย์ / ผู้ขอเบิก

อนุมัติทุน J000011

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อทราบ

(ลงชื่อ).....
(นายแพทย์ XXXXXXX)
ผู้มีอำนาจเบิกจ่าย

<p>รับทราบ เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ โปรดดำเนินการต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ)..... (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร) ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก วันที่.....</p>

ฉบับจริง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ 0 2849 6600

ที่ ฮว 78.0735/213
วันที่ 23 มิถุนายน 2568
เรื่อง ขอยืมเงินทดรองจ่ายจากกองทุน “กองทุน..... รหัสกองทุน J0000.....”

เรียน นายแพทย์.....

ด้วยข้าพเจ้า แพทย์..... ตำแหน่ง แพทย์ สังกัด ฝ่ายการแพทย์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีความประสงค์ขอยืมเงินทดรองจ่ายจากกองทุน “กองทุน..... รหัสกองทุน J0000.....” เพื่อใช้สำหรับดำเนินงานจัดประชุมวิชาการ..... ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568

ในการนี้ จึงขอดำเนินการขอยืมเงินทดรองจ่าย เป็นจำนวนเงิน 12.....บาท (หนึ่ง.....บาทถ้วน) จากกองทุน “กองทุน..... รหัสกองทุน J0000.....” โดยแพทย์..... ตำแหน่ง แพทย์ เป็นคู่สัญญา ยืมเงิน ทั้งนี้ขอให้ดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชี “..... ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) บัญชีออมทรัพย์ เลขที่..... ตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณยิ่ง

ลงชื่อ
(.....)
แพทย์ / ผู้ขอเบิก

อนุมัติทุน J0000.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก เพื่อทราบ

(ลงชื่อ).....
(นาย.....)
ผู้มีอำนาจเบิกจ่าย

<p>รับทราบ เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ โปรดดำเนินการต่อไป</p> <p>(ลงชื่อ)..... (รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร) ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก วันที่ 23 มิ.ย. 2568</p>
--

เอกสาร

อนุมัติในหลักการใช้เงิน

การจัดทำเอกสารอนุมัติในหลักการ

ให้ใส่รายละเอียดในเอกสารในหลักการใช้เงิน
พร้อมระบุวัตถุประสงค์ในการใช้เงินใน
กองทุนนั้น ๆ

รายละเอียดที่ต้องระบุในเอกสาร

- เรื่อง ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน “กองทุน..... รหัสกองทุน J000 xxx”
- เรียน “กรรมการผู้จัดการมูลนิธิ”
- วงเงินที่ต้องการเบิกจ่าย
- ลงนามโดย “มีสิทธิเบิกจ่ายในกองทุน”
- ให้หัวหน้าส่วนงาน ลงนาม “โปรดพิจารณาอนุมัติ”



QR Code
รหัสกองทุน

ตัวอย่างเอกสาร ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน

ตัวอย่าง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.สาธิต อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร.02-849-6600 ต่อ 6447

ที่ อว 78.0735/
วันที่

1

เรื่อง ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน "กองทุน....." รหัสกองทุน J0000..

2 เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ

3 สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแนบท้ายขออนุมัติในหลักการใช้เงิน จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือเลขที่ อว 78.0735/ศวข/2569 ลงวันที่ 28 มกราคม 2569 เรื่อง ขออนุมัติจัด
โครงการงานประชุมวิชาการ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2569 นั้น

ในกรณี งานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ จึงใคร่ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน
"กองทุน....." รหัสกองทุน J0000.. เป็นวงเงินทั้งสิ้น 220,420.00 บาท 4
(สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการงานประชุมวิชาการศูนย์การแพทย์
กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2569

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติหลักการ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

5

(นายแพทย์กองทุน ศิริราชมูลนิธิ)

ประธานกองทุนกองทุน.....

ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย

6

() รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดพิจารณาอนุมัติในหลักการใช้เงิน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ตัวอย่าง

เอกสารแนบท้ายขออนุมัติในหลักการใช้เงิน "กองทุน....."
รหัสกองทุน J0000..

รายการ	งบประมาณ (บาท)
งบดำเนินงาน	
- หมวดค่าตอบแทน	
- วิทยากร	16,000.00
- ผู้ทรงอำนาจบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00
- หมวดค่าใช้จ่าย	
- ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00
- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เข้า-บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ)	30,000.00
- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ)	15,000.00
- ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (50 บ. x 25 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	1,250.00
- ค่าตกแต่งสถานที่	3,000.00
- ค่าใช้บริการระบบ ZOOM	15,000.00
- ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00
- ค่าวัสดุ	
- ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน (200 คน x 100 บาท)	20,000.00
- ค่าทำแบบศรอป	7,750.00
รวมทั้งสิ้น (สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	220,420.00

ฉบับจริง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.สาธิต อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร.02-849-6600 ต่อ 6447

ที่ อว 78.0735/2360
วันที่ 18 เมษายน 2568

เรื่อง ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน "กองทุน....."
รหัสกองทุน J0000..

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแนบท้ายขออนุมัติในหลักการใช้เงิน จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือเลขที่ อว 78.0735/ศว 47/2568 ลงวันที่ 28 มกราคม 2568 เรื่อง ขออนุมัติ
จัดโครงการงานประชุมวิชาการ..... นั้น

ในกรณี งานการศึกษา วิจัยและบริการวิชาการ จึงใคร่ขออนุมัติในหลักการใช้เงิน "กองทุน
....." รหัสกองทุน J0000.. เป็นวงเงินทั้งสิ้น 220,420.00 บาท
(สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการงานประชุมวิชาการ.....
ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติหลักการ จักขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ



ประธานกองทุน.....

ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย

รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดพิจารณาอนุมัติในหลักการใช้เงิน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

วันที่ 22 เม.ย. 2568
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
เพื่อโปรดพิจารณา
23 เม.ย. 2568
(นายสัตวแพทย์ น.พ.ธีระ กลลดาเรืองไกร)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
23 เม.ย. 2568
(ศาสตราจารย์ น.พ.ธีระ กลลดาเรืองไกร)
กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
28 เม.ย. 2568

เอกสารที่ได้รับจากศิริราชมูลนิธิ



ศิริราชมูลนิธิ

หน่วยงาน: ฝ่ายคลังศิริราชมูลนิธิ โทร. 02-419-7687-8 ต่อ 301-3

NO. 6780

เรียน หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
เรื่องนี้ อนุมัติหลักการแล้ว ดำเนินการเบิกจ่ายได้ค่ะ

(นางสาวกัญญกร จันทร์อุดม)
ผู้จัดทำ

(นางสาวเดือนใจ แสงพลับ)
หัวหน้าฝ่ายคลังศิริราชมูลนิธิ
16 มิถุนายน 2568

เรียน หัวหน้าสำนักงานศูนย์การแพทย์กาญจนาฯ
เพื่อโปรดดำเนินการ

(นายสันฐิติ เกียรติบุรณกุล)
หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ

17 มิ.ย. 2568



เอกสารอนุมัติในหลักการ
ฉบับที่ศิริราชมูลนิธิลงนามแล้ว





การเปลี่ยนแปลง

รายการค่าใช้จ่ายในหลักการใช้จ่ายเงิน

สามารถดำเนินการได้ โดยให้ระบุรายละเอียดรายการ / จำนวนเงินที่ประสงค์ขอเปลี่ยนแปลงในหลักการ และแนบเอกสารเปรียบเทียบรายการเดิมกับรายการใหม่



รายการอนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน (เดิม)	งบประมาณ (บาท)	รายการอนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน (ใหม่)	งบประมาณ (บาท)
งบดำเนินงาน		งบดำเนินงาน	
- หมวดค่าตอบแทน		- หมวดค่าตอบแทน	
- วิทยากร	16,000.00	- วิทยากร	18,000.00
- ผู้ทรงอำนาจบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00	- ผู้ทรงอำนาจบทความ เรื่องละไม่เกิน 3 คนๆ ละ 500 บาท (1,500 บาท x 15 เรื่อง)	22,500.00
- หมวดค่าใช้จ่าย		- หมวดค่าใช้จ่าย	
- ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00	- ค่าสถานที่จัดงาน	88,920.00
- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เช้า-บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ)	30,000.00	- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 28/08/2568 เช้า-บ่าย 70 บ. x 300 ชุด x 2 มื้อ)	42,000.00
- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (50 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ)	15,000.00	- ค่าอาหารว่างรวมเครื่องดื่ม วันที่ 29/08/2568 บ่าย (70 บ. x 300 ชุด x 1 มื้อ)	21,000.00
- ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (50 บ. x 25 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	1,250.00	- ค่าอาหารว่างวันเตรียมงาน (55 บ. x 50 ชุด x 1 มื้อ x 1 วัน)	2,750.00
- ค่าตกแต่งสถานที่	3,000.00	- ค่าตกแต่งสถานที่	5,400.00
- ค่าใช้บริการระบบ ZOOM	15,000.00	- ค่าใช้บริการระบบ ZOOM	1,100.00
- ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00	- ค่าขอหน่วยคะแนนพยาบาล CNEU	1,000.00
- ค่าวัสดุ		- ค่าวัสดุ	
- ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน (200 คน x 100 บาท)	20,000.00	- ค่าทำแบบครุฑ	7,750.00
- ค่าทำแบบครุฑ	7,750.00	- ค่าของที่ระลึกผู้เข้าร่วมงาน	2,000.00
		เงินรางวัลในการทำกิจกรรมสำหรับผู้เข้าร่วมประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568	8,000.00
รวมทั้งสิ้น (สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	220,420.00	รวมทั้งสิ้น (สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน)	220,420.00

← **แนบตารางที่เปลี่ยนแปลงเป็นเอกสารแนบท้าย**

*** กรณีขออนุมัติในหลักการครั้งแรกระบุหมวด ให้เปลี่ยนแปลงรายการ / เงินภายในหมวด**

ตัวอย่าง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร.02-849-6600 ต่อ 6447

ที่ อว 78.0735/
วันที่ มิถุนายน 2568
เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการค่าใช้จ่ายในหลักการใช้จ่ายเงิน "กองทุนXXXX" รหัสกองทุน J0000XX

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแนบท้ายขออนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือเลขที่ อว 78.0735/XX ลงวันที่ XX XXXX XXXX เรื่อง ขออนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน "กองทุนXXXX" รหัสกองทุน J0000XX (อ้างอิงหลักการเดิม) เป็นวงเงินทั้งสิ้น XXXX บาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับ..... นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ XXXX ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีมติให้ ปรับปรุงรายละเอียดงบประมาณการจัดการประชุมฯ โดยยังคงวงเงินเดิม รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติหลักการ จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(นายแพทย์ XX XXXX XXXX)
ตำแหน่ง
ประธานกองทุน XX XXXX XXXX
ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย

() รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดพิจารณาอนุมัติเปลี่ยนแปลงหลักการใช้จ่ายเงิน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

ฉบับจริง



ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร.02-849-6600 ต่อ 6447

ศิริราชมูลนิธิ
เลขที่รับ 6480
วันที่ 9 มิ.ย. 2568
ผู้รับ 13.37

ที่ อว 78.0735/
วันที่ 4 มิถุนายน 2568
เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงรายการค่าใช้จ่ายในหลักการใช้จ่ายเงิน "กองทุนXXXX" รหัสกองทุน XXXX
กาญจนาภิเษก" รหัสกองทุน XXXX

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแนบท้ายขออนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน จำนวน 1 ฉบับ

ตามหนังสือเลขที่ อว 78.0735/XXXX ลงวันที่ XXXX XXXX เรื่อง ขออนุมัติในหลักการใช้จ่ายเงิน "กองทุนXXXX" รหัสกองทุน XXXX เป็นวงเงินทั้งสิ้น 220,420.00 บาท (สองแสนสองหมื่นสี่ร้อยยี่สิบบาทถ้วน) เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับโครงการงานประชุมวิชาการ XXXX นั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจัดการประชุมวิชาการ XXXX ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มีมติให้ ปรับปรุงรายละเอียดงบประมาณการจัดการประชุมฯ โดยยังคงวงเงินเดิม รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติหลักการ จักขอขอบคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

ศิริราชมูลนิธิ
ใบรับเงิน No. 3000000992
Vendor No. 1-3
ใบสั่งหนี้ No. 12

(นายแพทย์ XXXX XXXX)
ตำแหน่ง
ประธานกองทุนกองทุน XXXX
ผู้มีสิทธิเบิกจ่าย

() รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดพิจารณาอนุมัติเปลี่ยนแปลงหลักการใช้จ่ายเงิน

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธีระ กลลดาเรืองไกร)
ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
(นางสัดสุณี เทียรศิริปฐมกุล)
หัวหน้าสำนักงานศิริราชมูลนิธิ
10 มิ.ย. 2568
อนุมัติ

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
(นางสาวเตือนใจ แสงพลัง)
หัวหน้าฝ่ายคลังศิริราชมูลนิธิ
10 มิ.ย. 2568

เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
เพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ
(พศ.นพ. ยัยวิจิตร โสภณวงษ์)
กรรมการแพทย์ศิริราชมูลนิธิ
11 มิ.ย. 2568

(ศ.คลินิกเกียรติคุณ นพ.เสถียร ปุณณะวิเศษ)
กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
16 มิ.ย. 2568

คืนเงินยืมทดรองจ่าย

ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
 เลขที่ 2 ตึกมหิตลดาแพทย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
 โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
 E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
 "เพื่อผู้ป่วยด้วยโรคไตโรงพยาบาลศิริราช"

แบบฟอร์มตรวจสอบรายการ (check list) เอกสารประกอบการ ยืม - คืน เงินทดรองจ่ายศิริราชมูลนิธิ

ประเภทเรื่อง	เอกสารประกอบการเบิกจ่าย
1. เงินยืมทดรองจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. สัญญาเงินยืม (ใช้แบบฟอร์มศิริราชมูลนิธิ) <input type="checkbox"/> 2. บันทึกขอเงินยืมทดรองจ่าย <input type="checkbox"/> 3. บันทึกอนุมัติหลักการ (ถ้ามี) <input type="checkbox"/> 4. งบประมาณโครงการ (ถ้ามี)
2. รับคืนเงินยืมทดรองจ่าย	<input type="checkbox"/> 1. บันทึกขอคืนเงินยืมทดรองจ่าย <input type="checkbox"/> 2. สำเนาสัญญาเงินยืม <input type="checkbox"/> 3. สำเนาใบนำฝาก (เงินสดคงเหลือ) <input type="checkbox"/> 4. โฉนดรับเงิน/ใบกำกับภาษี, ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ

หมายเหตุ

- เงินสดที่เหลือ นำเงินเข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด สาขาศิริราช บัญชีกระแสรายวัน เลขที่บัญชี 0163000494 พร้อมแนบสำเนาใบนำฝากมาพร้อมบันทึกส่งคืนเงินยืมทดรองจ่าย
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้จ่ายเงินไม่ใช่ผู้ยืมลงนาม ให้ผู้ยืมหมายเหตุใบสำคัญรับเงินมอบหมายให้บุคคลนั้นลงนามแทน
- กรณีใช้ใบสำคัญรับเงินศิริราชมูลนิธิ ผู้ยืมเป็นผู้รับเงิน ไม่ต้องลงนามผู้จ่ายเงินให้เว้นไว้
- กรณีดำเนินการจ่ายก่อนทำการยืมเงินทดรองจ่าย วันที่ในใบเสร็จรับเงินไม่ควรเกิน 1 - 2 สัปดาห์ก่อนวันที่ได้รับเงินยืมทดรองจ่าย
- ถ้ามีเอกสารขนาดเล็กกดใช้ลดหย่อนกระดาษ โปรดใช้สีที่ถอดเทปหรือการคัดลงบนกระดาษ A4

ผู้ตรวจเอกสาร: _____ ฝ่ายบัญชี ศิริราชมูลนิธิ
 โทร. 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131

รายละเอียดที่ต้องระบุในเอกสาร

- เรียง ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายในกองทุน
- ชื่อผู้จัดทำเอกสาร / ชื่อผู้ยืมเงิน
- ระบุวัตถุประสงค์ของการยืมเงินทดรองจ่าย
- ระบุรายละเอียดของการยืมเงินทดรองจ่าย ลงในตาราง
- **ส่งคืนเงินยืมทดรองจ่ายในนาม: ชื่อผู้ยืมเงินทดรองจ่าย และ เลขที่สัญญา**

ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation
 เลขที่ 2 ตึกมหิตลดาแพทย์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ถนนวิภาวดี แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700
 โทรศัพท์ 0-2414-1414 ต่อ 109, 123, 124, 131 โทรสาร 0-2419-7687, 0-2419-7658 ต่อ 9
 E-Mail : accounting@sirirajfoundation.org
 "เพื่อผู้ป่วยด้วยโรคไตโรงพยาบาลศิริราช"

เลขที่สัญญา **สัญญาเงินยืมทดรองจ่าย**

เลขที่: วันที่ยืม: วันที่จ่าย:
 ชื่อ: (ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายกองทุน) วันที่ครบกำหนด:
 เรียง: ตำแหน่ง:สังกัด:
 วิชา/หน่วยงาน: ขอเงินยืมทดรองจ่ายเพื่อใช้:

- ระบุจำนวนเงินที่โอนคืน
- ระบุจำนวนเงินที่ใช้

QR Code แบบฟอร์มคืนเงิน



ศิริราชมูลนิธิ Siriraj Foundation

..... ภาควิชา/หน่วยงาน.....
 โทร: โทรสาร:

ที่ อว 78.07
 วันที่

เรื่อง ขอคืนเงินยืมทดรองจ่าย

เรียน (ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายกองทุน)
 ด้วย ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง..... สังกัด ภาควิชา/หน่วยงาน.....
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้.....
 รายละเอียดของพัสดุที่ซื้อหรือจ้าง จากทุน..... (รหัสทุน 7 หลัก)

ลำดับที่	รายการ	ชื่อผู้ขาย/ ผู้รับจ้าง	เลขที่ ใบส่งของ/ ใบเสร็จรับเงิน	วันที่ ใบส่งของ/ ใบเสร็จรับเงิน	จำนวนเงิน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- ส่งคืนเงินยืมทดรองจ่ายในนาม..... เลขที่สัญญา.....
 โอนเงินคงเหลือ เป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)
 เข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 0163000494
- อนุมัติเบิกจ่ายเงิน เป็นเงินทั้งสิ้น..... บาท (.....)
 โดยให้ถือว่ารายงานฉบับนี้เป็นหลักฐานการตรวจรับโดยอัตโนมัติ

รับทราบ
 เรียง กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
 โปรดดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ)..... ผู้ขอเบิก
 อนุมัติทุน..... (รหัสทุน 7 หลัก)
 เรียง หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน เพื่อทราบ
 วันที่.....

(ลงชื่อ)..... ตำแหน่ง/ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายทุน

บัญชี 10/ 6.11.2567

กรณี ยืมจ่าย - คืนส่วนที่เหลือ
 เช่น ยืม 10,000฿ เบิกค่าใช้จ่ายจากมูลนิธิ
 จ่ายคืนด้วยใบเสร็จ 8,000฿ + คืนเงินที่เหลือ 2,000฿

การจัดทำเอกสาร คืนเงินยืมทดรองจ่าย

ตัวอย่าง

ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
โทร.02-849-6600 ต่อ 6447

ที่ อว 78.0735/23957
วันที่ 7 ตุลาคม 2568
เรื่อง ขอคืนเงินยืมทดรองจ่าย
เรียน [REDACTED]

ด้วย ข้าพเจ้า [REDACTED] ตำแหน่ง [REDACTED] สังกัด ภาควิชา/หน่วยงาน [REDACTED] ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย ให้ดำเนินการจัดซื้อจัดจ้าง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ [REDACTED] ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568

รายละเอียดของพัสดุที่ซื้อหรือจ้าง จากทุน "กองทุนอายุรศาสตร์ ณ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก" รหัสกองทุน J000011

ลำดับที่	รายการ	ชื่อผู้ขาย/ ผู้รับจ้าง	เลขที่ ใบส่งของ/ ใบเสร็จรับเงิน	วันที่ ใบส่งของ/ ใบเสร็จรับเงิน	จำนวนเงิน
1.	ค่าบำรุงการใช้สถานที่ ศูนย์ประชุม และอาคารจอดรถมทสสสิทธาคาร	มหาวิทยาลัยมหิดล	2	3 กรกฎาคม 2568	64,800.00
					65,800.00

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

- ส่งคืนเงินยืมทดรองจ่ายในนาม [REDACTED] เลขที่สัญญา [REDACTED]
 โอนเงินคงเหลือ เป็นเงินทั้งสิ้น 24,120.00 บาท (สองหมื่นสี่พันหนึ่งร้อยยี่สิบบาทถ้วน) เข้าบัญชี ศิริราชมูลนิธิ ธนาคารไทยพาณิชย์ สาขาศิริราช เลขที่บัญชี 0163000494
- อนุมัติเบิกจ่ายเงิน เป็นเงินทั้งสิ้น 65,800.00 บาท (หกหมื่นห้าพันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน) โดยให้ถือว่ารายงานฉบับนี้เป็นหลักฐานการตรวจรับโดยอนุโลม

รับทราบ
เรียน กรรมการผู้จัดการศิริราชมูลนิธิ
โปรดดำเนินการต่อไป

(ลงชื่อ) [REDACTED]
ผู้ขอเบิก
อนุมัติทุน J0000 [REDACTED]
เรียน หัวหน้าภาควิชา/หน่วยงาน เพื่อทราบ

(ลงชื่อ) [REDACTED] ตำแหน่ง/ผู้มีสิทธิเบิกจ่ายทุน
(นามสกุล) [REDACTED]

ตัวอย่างใบเสร็จ

ใบเสร็จรับเงิน / RECEIPT
มหาวิทยาลัยมหิดล / MAHIDOL UNIVERSITY

999 กองคลัง สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ต.ศาลายา อ.พุทธมณฑล จ.นครปฐม 73170
999 DIVISION OF FINANCE, OFFICE OF THE PRESIDENT, PHUTTAMONTHON 4 ROAD, SALAYA, NAKHON PATHOM 73170, THAILAND

วันที่ 03 เดือน กรกฎาคม พ.ศ.2568

ได้รับเงินจาก / RECEIVED FROM ศิริราชมูลนิธิ

ที่อยู่ / ADDRESS เลขที่ 2 คึกคักตึกอเนก ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช แขวงศิริราช
อนนวิหัง เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 099-3-00039694-4

เป็นค่า / BEING FOR ค่าบำรุงการใช้สถานที่ ศูนย์ประชุมและอาคารจอดรถมทสสสิทธาคาร
ค่าบำรุงการใช้สถานที่ ห้องแกรนด์บอลรูม จำนวน 60,000 บาท
ค่าบำรุงการใช้สถานที่ ห้องประชุม G35 จำนวน 4,800 บาท

สำหรับจัด โครงการประชุมวิชาการอายุรศาสตร์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก ครั้งที่ 1 ประจำปี 2568
ในวันที่ 28-29 สิงหาคม 2568

จำนวนเงิน / THE SUM OF 64,800 บาท / BAHT 00 สตางค์ / SATANG

(ตัวอักษร -หกหมื่นสี่พันแปดร้อยยี่สิบบาทถ้วน-) ให้เป็นการถูกต้องแล้ว

ผู้รับเงิน / RECEIVING OFFICER
(ทำเนียบตัวอักษร)
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป ตำแหน่ง / POSITION

ชำระ โดย Pay-In เลขที่บัญชี A/C 0162103223 ลว.05/06/2568

เลขที่เอกสาร Regulatory Document No. OP 01513 - 002

กรณีชำระด้วยเช็ค ใบเสร็จรับเงินฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อ เช็กกับรับได้ตามชื่อ
If paying by cheque, a receipt will be completed upon receipt of the chek

ตัวอย่างสำเนาใบนำฝาก

ไทยพาณิชย์ SCB ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt
สาขา / Branch สาขาเงินฝากออมทรัพย์ ศาลายา
เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name
016-300049-4 เค็มฉะพัด ศิริราชมูลนิธิ

ฝาก Deposit วันที่ / Date 30 กรกฎาคม 2568
ธุรกรรม / Transaction Type ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ยอดเงินรวม Total Amount (เงินฝากพร้อมดอกเบี้ยบวกถ้วน) *4,680.00* ค่าธรรมเนียม Fee

ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt.
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก Depositor 17:44:27 30/07/68 0163000494 ศิริราชมูลนิธิ CD *****4,680.00 CASH 79136S

0016 STEL540320250730E00087

ใบนำฝากฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อมอบหมายให้รับเงินหรือได้รับเงินกับตามตัวเงินที่จะใช้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีหรือพร้อมแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

ไทยพาณิชย์ SCB ใบรับรองรายการ / Transaction Receipt
สาขา / Branch สาขาเงินฝากออมทรัพย์ ศาลายา
เลขที่บัญชี A/C No. ประเภทบัญชี A/C Type ชื่อบัญชี A/C Name
016-300049-4 เค็มฉะพัด ศิริราชมูลนิธิ

ฝาก Deposit วันที่ / Date 25 กันยายน 2568
ธุรกรรม / Transaction Type ฝากด้วยเงินสด/Cash Deposit

ยอดเงินรวม Total Amount (เงินฝากพร้อมดอกเบี้ยบวกถ้วน) *19,440.00* ค่าธรรมเนียม Fee *0.00*

ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt. ยอดเงิน Amt.
ข้าพเจ้าได้ตรวจสอบและขอยืนยันว่าข้อมูลในเอกสารนี้ถูกต้องทุกประการ

ลายมือชื่อผู้นำฝาก Depositor 13:19:46 25/09/68 0163000494 ศิริราชมูลนิธิ CD *****19,440.00 CASH 77856 58898

0016

ใบนำฝากฉบับนี้จะสมบูรณ์เมื่อมอบหมายให้รับเงินหรือได้รับเงินกับตามตัวเงินที่จะใช้ตามรายการข้างต้น ถูกต้องครบถ้วน และนำเข้าบัญชีหรือพร้อมแล้วเท่านั้น และมีใช้หลักฐานที่ใช้แสดงถึงการชำระหนี้ระหว่างบุคคลหรือเพื่อการอื่นใดทั้งสิ้น

QUESTIONS & ANSWERS

I'm Here Be Your Answer





แบบประเมินความพึงพอใจ

