



มหาวิทยาลัยศิลปากร  
Silpakorn University  
ใบสำคัญรับเงิน  
Receipt

ข้าพเจ้า (I) นาย/นาง/นางสาว (Mr./Mrs./Ms.) .....

ที่อยู่ (Address) ..... หมู่ (Moo) ..... ซอย (Soi) ..... ถนน (Street) .....

แขวง/ตำบล (Sub-district) ..... เขต/อำเภอ (District) .....

จังหวัด (Province) ..... โทรศัพท์ (Telephone) .....

เลขบัตรประจำตัวประชาชน (ID Card Number) .....

หมายเลขหนังสือเดินทาง (Passport Number) .....

ได้รับเงินจากมหาวิทยาลัยศิลปากร กระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ตามรายการต่อไปนี้

Received payment from Silpakorn University, Ministry of Higher Education, Science, Research, and Innovation for the following items:

| รายการ<br>(Description)                                   | จำนวนเงิน (บาท)<br>Amount (THB) |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------|
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
|                                                           |                                 |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Total Amount (in words)<br>(.....) |                                 |

ลงชื่อ ..... ผู้จ่ายเงิน ..... ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน .....  
(Signature) ..... (Payer) ..... (Signature) ..... (Payee)

(.....)

(.....)

วันที่ (Date) .....

วันที่ (Date) .....

# ใบลงเวลามาปฏิบัติงานของนักศึกษา

ของ ..... รหัส .....

ประจำเดือน .....

| วันที่ | ชื่อ - สกุล (ตัวบรรจง) | ลายเซ็น | เวลามา | ลายเซ็น | เวลากลับ | จำนวน ชั่วโมง | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|--------|------------------------|---------|--------|---------|----------|---------------|-----------|----------|
| 1      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 2      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 3      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 4      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 5      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 6      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 7      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 8      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 9      |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 10     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 11     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 12     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 13     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 14     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 15     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 16     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 17     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 18     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 19     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 20     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 21     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 22     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 23     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 24     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 25     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 26     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 27     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 28     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 29     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 30     |                        |         |        |         |          |               |           |          |
| 31     |                        |         |        |         |          |               |           |          |

ขอรับรองว่ามาปฏิบัติงานตามนี้จริง

รวม

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

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

รายงานการปฏิบัติงาน  
คณะโบราณคดี มหาวิทยาลัยศิลปากร

| วัน เดือน ปี | ลักษณะ/รายการ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|              | <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> <div> <div>ลงชื่อ ..... ผู้ควบคุมการปฏิบัติงาน</div> <div>(.....)</div> </div> |