

ใบประมาณการค่าเบี่ยงเบนเดินทาง , ค่าที่พัก และค่ายานพาหนะในการเดินทางไปราชการ
 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

ค่าใช้จ่าย	ชื่อ - นามสกุล	ระหว่าง วันที่ - วันที่	จำนวน วัน	อัตรา วันละ	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
ค่าเบี่ยงเบน						
ค่าเช่าที่พัก						
ค่ายานพาหนะ						
ค่าลงทะเบียน						

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น บาท
 ลงชื่อผู้ประมาณการ
 (.....)
 ตำแหน่ง.....