

ตัวอย่างการ
จัดเก็บเอกสาร
หลักฐานค่าใช้จ่าย
จ่ายทุนทำวิจัย



รายละเอียดงบประมาณของโครงการตามหมวดเงินประเภทต่าง ๆ

รายการ	ตัวอย่างเอกสาร/ใบเสร็จที่ต้องเก็บ
1.หมวดวัสดุ (ระบุตามความเป็นจริง)	
1.1 วัสดุวิทยาศาสตร์ ได้แก่ สารเคมี สัตว์ทดลอง สมุนไพร วัสดุในการทดลอง ฯลฯ	ใบเสร็จรับเงิน/ใบกำกับภาษี ระบุชื่อวัสดุ จำนวน ราคา
1.2 วัสดุสำนักงาน ได้แก่ กระดาษ ปากกา ฯลฯ	ใบเสร็จรับเงิน ระบุรายการชัดเจน (ไม่ใช่ใบสลิปอย่างเดียว) /บิลเงินสด
1.3 วัสดุต่างๆ ได้แก่ ค่าฟิล์ม ค่าล้างรูป ฯลฯ	ใบเสร็จรับเงิน หรือใบรับเงินพร้อมลายเซ็นผู้รับเงิน / บิลเงินสด
2.หมวดค่าตอบแทน	
2.1 ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย (ระบุตามความจำเป็น) (ให้ระบุจำนวนผู้ช่วยนักวิจัย และหน้าที่รับผิดชอบโดยละเอียด)	ใบสำคัญรับเงิน + สำเนาบัตรประชาชน + ระบุหน้าที่/ช่วงเวลาปฏิบัติงาน
3.หมวดค่าใช้จ่าย	
3.1 ค่าเดินทางและค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ของผู้เข้าร่วมโครงการ (300 บาทต่อราย)	ใบสำคัญรับเงินรายบุคคล พร้อมลายเซ็นผู้เข้าร่วม
3.2 ค่าจ้าง ค่าเช่า ค่าซ่อมบำรุงรักษาครุภัณฑ์ของราชการ ค่าเจาะเลือด ค่าจ้างพิมพ์/ถ่ายเอกสาร ฯลฯ	ใบเสร็จรับเงิน หรือใบกำกับภาษี ชื่อหน่วยงาน/ร้านค้า
3.3 ค่าใช้จ่ายในการเตรียมรายงานผลการวิจัย	ใบเสร็จค่าพิมพ์ ค่าถ่ายเอกสาร ค่าจัดทำรูปเล่ม

- กรณีทางผู้ขอทุนไม่มีเลขผู้เสียภาษี สามารถใช้เลขผู้เสียภาษีตามรายละเอียดนี้
งานบริการการศึกษา (โครงการต้นกล้ารามธิบดี) สำนักงานการศึกษา
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
เลขที่ 270 ถ.พระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 TAX ID 0994000158378
- งบทุนสนับสนุนจะโอนผ่านบัญชีของอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ระยะเวลา 30 วันทำการโดยประมาณ
- ดาวน์โหลดไฟล์ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงินและใบสำคัญรับเงิน ได้ที่
https://www.rama.mahidol.ac.th/nurturing_talent/th/tonkla/form

ตัวอย่างการเก็บเอกสารหลักฐานค่าใช้จ่าย

1.1 วัสดุวิทยาศาสตร์ ได้แก่ สารเคมี สัตว์ทดลอง สมุนไพร วัสดุในการทดลอง ฯลฯ

- ค่าสารเคมี



บริษัท เอ.เอ็น.เอช. ไซเอ็นทิฟิค มาร์เก็ตติ้ง จำกัด สำนักงานใหญ่
A.N.H. SCIENTIFIC MARKETING CO., LTD. HEAD OFFICE
 149/49 หมู่ 3 ซอยวิภาวดีรังสิต 64 ถนนวิภาวดีรังสิต แขวงตลาดบางเขน เขตหลักสี่ กรุงเทพฯ 10210 โทร. 084-636-9921
 149/49 Moo 3 Soi Vibhavadee-Rangsit 64, Vibhavadee-Rangsit Rd., Taladbangkhen, Lak Si, Bangkok 10210, Thailand. Tel. 084-636-9921
 เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 01072/Tax Identification Number 0105532058015

Name โครงการพัฒนาคำถามข้อดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี.

Tax Identification Number 0994000158378 **Branch** 00000
Address 270 ถนนพหลโยธิน แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

ต้นฉบับใบเสร็จรับเงิน
ORIGINAL RECEIPT

สำหรับลูกค้า
FOR CUSTOMER

เอกสารออกเป็นชุด

Document Number IV6707/240
Date 17/07/2567
Credit Term Cash
Due Date 17/07/2567
Sale Rep.

Ship To Name
Address

No.	Description	Uom	Quantity	Unit Price	Discount	Amount (Baht)
1	No.3599 96-Well Clear FB, PS, TC Plate w/ Lid, S Lot No.06223039	CS(100)	1.00	4,600.00		4,600.00
2	No.3599 96-Well Clear FB, PS, TC Plate w/ Lid, S Lot No.06223039 (ราคาพิเศษ)	CS(100)	1.00	3,450.00		3,450.00

ตัวอย่างใบเสร็จ

Total Unit	2.00 Unit (s)	Total Item	2.00 Item (s)	Total This Page	8,050.00
				Total Over All Pages	8,050.00
ส่วนลด				Discount 3%	241.50
				Deposit	0.00
* ยอดชำระที่ 1				Subtotal	7,808.50
* ยอดชำระที่ 2				VAT 7%	546.60
(แปลงเงินส่วนรวมว่าสิบห้าบาทสิบสามสต)				Total	8,355.10

เงื่อนไขการรับเปลี่ยน เคมล สิ้นสินค้า

- สามารถดำเนินการได้เฉพาะสินค้าที่จำหน่ายโดยบริษัท เอ.เอ็น.เอช. ไซเอ็นทิฟิค มาร์เก็ตติ้ง จำกัด เท่านั้น
- หากสินค้าชำรุด เสียหาย หรือจำนวนไม่ถูกต้อง โปรดแจ้งบริษัทภายใน 15 วัน หลังจากได้รับสินค้า หากเกินจากระยะเวลาที่กำหนด บริษัทฯ ขอสงวนสิทธิ์ ในการรับ เปลี่ยน เคมล สิ้นสินค้าในทุกกรณี
- การรับเปลี่ยน เคมล สิ้นสินค้าที่มีปัญหา สินค้าจะต้องอยู่ในสภาพสมบูรณ์และอุปกรณ์ครบ
- ใบเสร็จรับเงินจะสมบูรณ์ต่อเมื่อบริษัทฯ ได้รับชำระเงินครบถ้วน เท่านั้น

☐ ข้าพเจ้าได้รับสินค้าครบถ้วน ในสภาพเรียบร้อย และรับทราบเงื่อนไขการรับเปลี่ยน เคมล สิ้นสินค้าแล้ว

Received By

Date

Delivered By

Date

Collected By

Date



Authorized By
SCIENTIFIC MARKETING CO.

Date

- ใบเสร็จรับเงินให้เป็นไปตามรูปแบบที่บริษัทหรือร้านค้าที่ทำการจัดซื้อออกให้ ทั้งนี้ ใบเสร็จต้องมีรายละเอียดครบถ้วนตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่าย
- ขอให้ผู้เกี่ยวข้องลงลายมือชื่อและระบุวันที่กำกับเอกสารให้ครบถ้วนทุกฉบับ

1.2 วัสดุสำนักงาน ได้แก่ กระดาษ ปากกา ฯลฯ

1.3 วัสดุต่างๆ ได้แก่ ค่าฟิล์ม ค่าล้างรูป ฯลฯ

ลักษณะใบเสร็จรับเงิน/บิลเงินสด/ใบสำคัญรับเงินที่ถูกต้อง

1. มีชื่อร้านค้า ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ที่สามารถตรวจสอบได้ และเลขที่ผู้เสียภาษี
2. มีเลขที่ เลขที่ ที่ออกใบเสร็จ และลงวันที่ เดือน ปี พ.ศ. ให้เรียบร้อย
3. รายละเอียดของใบเสร็จ เช่น ค่าวัสดุอะไรบ้าง ค่าจ้างเหมาอะไรบ้าง
4. จะต้องมีนามผู้ซื้อ งานบริการการศึกษา (โครงการต้นกล้ารามธิบดี) สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
5. ใบเสร็จทุกใบจะต้องไม่มีรอยลบหรือแก้ไขใดๆ ถ้ามีต้องมียาลายมือชื่อเจ้าของร้านกำกับพร้อมประทับตรา (ถ้ามี)
6. จะต้องมียาลายมือชื่อผู้รับเงินให้เรียบร้อย

ตัวอย่างใบเสร็จรับเงิน

ชื่อและที่ตั้งร้านค้า

เลขที่ผู้เสียภาษีร้านค้า

วัน/เดือน/ปี และ เลขที่ใบเสร็จ

ชื่อผู้ซื้อ

เป็นค่าวัสดุหรือค่าจ้างเหมา เท่านั้น

ตรวจสอบ รายการและ จำนวนเงิน

ผู้รับเงิน/วันที่

บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอดวานซ์ จำกัด
LAB MASTER ADVANCE CO., LTD.
39/211-2 ซอยเรวดี 11 ถนนวิภาวดี 3.ต.จตุจักร อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
39/211-2 Soi Rewadee 11, Thuanon Road, A.Muang, Nonthaburi 11000
Tel. (02) 951-4212 (8 คู่สาย), 01-829-9713 Fax. (02) 951-4213

ต้นฉบับ / ORIGINAL
ใบเสร็จรับเงิน
RECEIPT
เอกสารออกเป็นชุด
ไม่ใช่ใบกำกับภาษี

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 3 03 1 03244 6

รหัสลูกค้า
นามผู้ซื้อ
Sold to:

งานบริการการศึกษา (โครงการต้นกล้ารามธิบดี)
สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
เลขที่ 270 อ.พระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี
กรุงเทพฯ 10400 TAX ID 0994000158378

เลขที่ No.
วันที่ Date
กำหนดชำระเงิน Due Date
พนักงานขาย Salesman

08559
14 ส.ค. 2549

รหัส Code	รายการสินค้า Description of goods	จำนวน Quantity	ราคาต่อหน่วย Unit Price	จำนวนเงิน Amount
LB061	ขวดแคปไซม์ 15 มล. , 612 's.	1 box.	3,000.00	3,000.00
DEL20	Microcentrifuge Tube , 1.5 ml , PP , 1,000 's. ได้ใบเสร็จแล้ว	1 bag.	600.00	600.00
รวมรวมสินค้า Sub Total				3,364.49
ภาษีมูลค่าเพิ่ม VAT, Tax				235.51
รวมรวมสุทธิ Net Total				3,600.00

(สามพันหกร้อยบาทถ้วน)

ผู้รับเงิน.....
วันที่..... 14 ส.ค. 2549
โปรดชำระด้วยเช็คหรือโอนเงิน
"บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอดวานซ์ จำกัด"

เช็คนายก.....
เลขที่.....
ลงวันที่.....

ใบแทน FOR
บริษัท แล็บมาสเตอร์ แอดวานซ์ จำกัด
LAB MASTER ADVANCE CO., LTD.
ผู้ขาย MANAGER

หมายเหตุ : หากร้านค้าใด เอกสารออกเป็นชุด จำเป็นต้องมีใบส่งของ, ใบกำกับภาษี แนบมาด้วย

ตัวอย่าง บิลเงินสด

เล่มที่/เลขที่

เล่มที่ 046
เลขที่ 2280

บิลเงินสด

ร้านบรรณลักษณ์

89/9-10 ถนนบรมไตรโลกนาถ อ.เมือง จ.พิษณุโลก โทร. (055) 258718

เลขประจำตัวผู้เสียภาษี 1530146718 ทะเบียนการค้าเลขที่ อ.6189

ชื่อและที่ตั้งร้านค้า

เลขที่ผู้เสียภาษี

ได้รับเงินจาก งานบริการการศึกษา (โครงการต้นกล้ารวมใจดี)

สำนักงานการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

เลขที่ 270 ถ.พระรามที่ 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี

กรุงเทพฯ 10400 TAX ID 0994000158378

วันที่ 31 ม.ค. 2553

วัน/เดือน/ปี

ชื่อผู้ซื้อ

รายละเอียด

จำนวน	รายการ	ราคาต่อหน่วย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
3	กระดาษ A4 80 g.	100	300	-	
				-	
(สามร้อยบาทถ้วน)		รวมเงิน	300	-	

ลงชื่อลงนาม..... ผู้รับเงิน

ลงนามผู้รับเงิน

ลงชื่อ.....ลงนาม.....ผู้จ่ายเงิน

ตรวจสอบจำนวนเงิน

2.1 ค่าตอบแทนผู้ช่วยวิจัย

3.1 ค่าเดินทางและค่าชดเชยการสูญเสียรายได้ของผู้เข้าร่วมโครงการ

ตัวอย่างใบสำคัญรับเงิน



ใบสำคัญรับเงิน
(Receipt)

วันที่จ่ายจริง

ชื่อและที่อยู่ผู้รับจ้าง

วันที่.....
Date

ข้าพเจ้า

Name

ที่อยู่

Address

ได้รับเงินจาก (ชื่อส่วนงาน) โครงการพัฒนากล้าแฉะลนตึงงานมวการศึษา.สํานักงานการศึษา ตามรายการดังต่อไปนี้

Received From (Name of designated department)

รายการ/Item(s)	จำนวนเงิน /Amount	
	บาท /Baht	สต./St.
ค่า..... ใส่รายละเอียด ข้อ 2.1 หรือ 3.1		
รวมเป็นจำนวนเงิน (.....) (Sum Amount (Text) (.....))		

ใส่จำนวนเงิน

ตรวจสอบจำนวนเงิน

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน
Signature

Cashier

(.....)

วันที่.....

Date

ลงนามหัวหน้าโครงการหรือผู้ขอทุน
และวันที่จ่ายจริง

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน
Signature

Receiver

(.....)

วันที่.....

Date

ลงนามผู้รับจ้างและวันที่

ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง

ลงชื่อ.....

(.....)

หัวหน้าโครงการ

หมายเหตุ แบบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง

Note A Copy of ID card or passport verifying true copy is required

ลงนามหัวหน้าโครงการหรือผู้ขอทุน

- ให้แนบสำเนาบัตรประชาชนประชาชนผู้รับจ้างด้วยทุกครั้ง
- หากมีการแก้ไขใด ๆ ถ้ามีต้องมีลายมือชื่อเจ้าของของผู้รับเงินกำกับทุกครั้ง
- จะต้องมีลายมือชื่อผู้รับเงินให้เรียบร้อย

- กรณีไม่สามารถเรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้ขายได้ หรือทางร้านค้าไม่มีใบกำกับภาษี

ตัวอย่างใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน



ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน

(Certificate Instead of Receipt)

งานบริการการศึกษา คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

วันที่จ่ายจริง

วัน / เดือน / ปี (Date)	รายละเอียดการจ่ายเงิน (Description)	จำนวนเงิน (Amount)		หมายเหตุ (Remark)
		บาท (Baht)	สต. (St.)	
รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum amount (text) (.....)				

ใส่จำนวนเงิน

ใส่จำนวนรวม

ข้าพเจ้า (I).....ตำแหน่ง (Position).....

หน่วยงานที่สังกัด (Be a member with)..... ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจ

เรียกใบเสร็จรับเงินจากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของมหาวิทยาลัยจริง (Certified that the above expenses

can't request the receipt from payee and I already paid as University expense.

หัวหน้าโครงการหรือผู้ขอทุน

ลงชื่อ (Signature) ผู้จ่ายเงิน (Payer)

(.....)

วันที่ (Date).....

ลงนามหัวหน้าโครงการหรือ
ผู้ขอทุน และวันที่จ่ายเงิน

แนวทางการเก็บใบเสร็จและบิลค่าใช้จ่าย (สำคัญมาก)

1 รูปแบบใบเสร็จที่ถูกต้อง ใบเสร็จควรมีข้อมูลดังต่อไปนี้ครบถ้วน

- ชื่อร้านค้า/หน่วยงาน
- วันที่ออกใบเสร็จ
- รายการสินค้า/บริการ (ระบุชัดเจน)
- จำนวนเงิน (ตัวเลขชัดเจน)
- ลายเซ็นหรือชื่อผู้รับเงิน / ตราร้าน

✗ ไม่ควรใช้เพียงสลิปโอนเงิน หรือใบเสร็จที่ไม่ระบุรายการ

2 การเก็บเอกสารแนะนำ

- แยกเอกสารตาม หมวดงบประมาณ
 - เรียงเอกสารตาม ลำดับวันที่ใช้จ่าย
 - เขียนเลขกำกับเอกสาร (เช่น 1.1/1.2/3.1) ให้ตรงกับตาราง
 - ถ่ายสำเนา/สแกนเก็บไฟล์สำรอง (PDF)
-

3 ข้อควรระวัง

- ใช้ใบเสร็จ ก่อนวันที่อนุมัติ **✗**
- ใบเสร็จไม่ตรงกับรายการที่ขออนุมัติ **✗**
- รวมหลายโครงการในใบเสร็จเดียว **✗**
- ยอดเงินในใบเสร็จไม่ตรงกับตาราง **✗**
- ห้ามใช้ใบเสร็จซ้ำกับโครงการอื่น
- ใบเสร็จต้องอยู่ในช่วงเวลาดำเนินโครงการเท่านั้น