



คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล  
โทร.02-200-7621 โทรสาร 02-200-7698

ที่ อว 78.03.....

วันที่

เรื่อง ขออนุมัติเปลี่ยนแปลงหมวดค่าตอบแทน

เรียน รองอธิการบดีฝ่ายวิจัยและวิชาการ

ตามที่ หนังสือ..... ที่ ..... ลงวันที่ .....

เรื่อง ..... ประจำปี .....

ชื่อโครงการ .....

หัวหน้าโครงการ ..... และได้จัดทำเอกสารรายละเอียดค่าใช้จ่าย

โครงการวิจัย ..... จากการตรวจสอบคณะผู้วิจัยในโครงการวิจัยนี้ พบว่า .....

.....สังกัด ..... และได้ซึ่งเกษียณอายุราชการ

ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 จนถึงปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถจ่ายค่าตอบแทนผ่านระบบ Payroll ของมหาวิทยาลัยได้

คณะทันตแพทยศาสตร์ จึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติเปลี่ยนแปลงการเบิกจ่ายค่าตอบแทนคณะผู้วิจัย

จากหมวดค่าตอบแทนเข้าระบบ Payroll เป็นหมวดค่าตอบแทนบุคคลภายนอก ม.มหิดล (ผ่านระบบAP)

จำนวนเงิน..... บาท ดังแบบฟอร์ม 3.2 ตามที่แนบ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ และดำเนินการต่อไปด้วย จักขอบพระคุณยิ่ง

(ศาสตราจารย์ ดร.ทันตแพทย์หญิงวรานันท์ บัวจิบ)

คณบดี คณะทันตแพทยศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล