**บันทึกข้อความ**

**ส่วนราชการ** (หน่วยงานราชการ) โทรศัพท์ (ของหน่วยงาน)

**ที่** (เลขที่หนังสือของหน่วยงาน) **วันที่**

**เรื่อง** ขออนุมัติสำรองจ่ายเงินสำหรับดำเนินโครงการด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

 ประเภททุน Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565

เรียนอธิการบดี/ รองอธิการบดีประจำวิทยาเขต

 ตามที่ข้าพเจ้า.........(ศ./รศ./ผศ./นาย/นาง/นางสาว)........................................... สังกัด........................................................ ได้รับทุนสนับสนุนโครงการด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประเภททุน Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ให้ดำเนินโครงการวิจัย เรื่อง......................................................งบประมาณ..................บาท (.... .......จำนวนเงินเป็นตัวอักษร............)เนื่องจากปัจจุบันยังไม่สามารถดำเนินการเบิกจ่ายเงินสนับสนุนงานวิจัยงวดถัดไปได้ เพื่อให้การดำเนินโครงการวิจัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยตามแผนงานที่กำหนดไว้ และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน

ในการนี้ ข้าพเจ้าจึงเรียนมาเพื่อขออนุมัติสำรองจ่ายเงินสำหรับดำเนินโครงการ ด้านวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ประเภททุน Fundamental Fund ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2565 เรื่อง..............................................................จำนวน..........บาท (.......จำนวนเงินเป็นตัวอักษร............) ซึ่งประกอบด้วยรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.หมวดค่าจ้าง จำนวน.......................บาท (...............จำนวนเงินเป็นตัวอักษร............)

2.หมวดค่าใช้สอย จำนวน.......................บาท (...............จำนวนเงินเป็นตัวอักษร............)

3.หมวดค่าวัสดุ จำนวน.......................บาท (...............จำนวนเงินเป็นตัวอักษร............)

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติ

 (ลงชื่อ) …….……….........….............…......…..…….…

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

 หัวหน้าโครงการวิจัย

|  |  |
| --- | --- |
| **ความเห็นหัวหน้าสาขา** | **ความเห็นคณบดี** |
| ................................................................................. | ................................................................................. |
| ................................................................................. | ................................................................................. |
| ลงชื่อ | ................................................................. | ลงชื่อ | ................................................................. |
|  | (..............................................................) |  | (..............................................................) |
|  | วันที่ ........เดือน ..................... พ.ศ. ......... |  | วันที่ ........เดือน ..................... พ.ศ. ......... |

**ความเห็นของผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา/ หัวหน้างานบริการการศึกษา**..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (ลงชื่อ) | …….……….............….............…......…..…….… |
|  |  | (..................................................................) |
|  ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา / หัวหน้างานบริการการศึกษา |

**ผลการพิจารณาของอธิการบดี /รองอธิการบดีประจำวิทยาเขต**

🞏 อนุมัติ

🞏 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก.....................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | (ลงชื่อ) | …….……….............….............…......…..…….… |
|  |  | (...................................................................) |
|  อธิการบดี/ รองอธิการบดีประจำวิทยาเขต |