

**ศูนย์ข้อมูลช่องทาง  
จำหน่ายทางอ้อม**



**เอกสารอื่นๆ ที่ต้องพิจารณา**

* นโยบายการเดินทางและค่าใช้จ่าย

**มีประโยชน์กับคุณอย่างไร**

การบันทึกรายงานค่าใช้จ่ายจะช่วยให้แน่ใจว่าการบันทึกข้อมูลและการลงบัญชีของคุณแสดงถึงธุรกรรมของบริษัทอย่างถูกต้อง ตรงไปตรงมา และมีรายละเอียดเหมาะสม นอกจากนี้ยังจะช่วยให้แน่ใจว่าคุณมองเห็น  
ค่าใช้จ่ายทางธุรกิจที่เกิดขึ้นโดยพนักงานและช่วยให้คุณสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดในการรายงาน  
ภายในภูมิภาค/ประเทศของคุณ หากมี



|  |
| --- |
| **คำอธิบาย**  แบบฟอร์มรายงานค่าใช้จ่ายช่วยให้มั่นใจว่าผู้จัดจำหน่าย/ตัวแทนจำหน่ายจัดทำเอกสารวัตถุประสงค์ทางธุรกิจ และการอนุมัติค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นโดยพนักงานอย่างเหมาะสม (ซึ่งก็คือค่าใช้จ่ายที่พนักงานเรียกร้อง) |



**คำแนะนำ**

1. จัดเตรียมแบบฟอร์มรายงานค่าใช้จ่ายให้กับพนักงาน และดูแลให้พนักงานทราบถึงนโยบายการเบิกจ่าย  
   ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอน และรายละเอียดธุรกรรมที่ควรกรอกให้ครบถ้วน (เช่น ชื่อผู้เข้าร่วม เหตุผลสำหรับค่าใช้จ่าย)
2. ตรวจสอบว่าพนักงานที่รับผิดชอบในการอนุมัติรายงานค่าใช้จ่ายเข้าใจวิธีการตรวจสอบแบบฟอร์ม  
   รายงานค่าใช้จ่ายและเอกสารสนับสนุนที่จำเป็น (เช่น ใบเสร็จ)
3. ปฏิบัติตามนโยบายของบริษัทของคุณในการกรอกและส่งรายงานค่าใช้จ่าย

**แบบฟอร์มรายงานค่าใช้จ่าย**

*เวอร์ชัน 1.0*

**แบบฟอร์มรายงานค่าใช้จ่าย**

วันที่ส่ง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ชื่อพนักงาน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ตำแหน่งพนักงาน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **วันที่ใช้จ่าย** | **ประเภทค่าใช้จ่าย** (เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง) | **เหตุผลของค่าใช้จ่าย** | **วิธีการ ชำระเงิน** *(เงินสดหรือ บัตรเครดิต)* | **จำนวนเงิน** (และ สกุลเงิน) | **ชื่อผู้ค้า** | **ประเทศ ผู้ค้า** | **เกี่ยวกับ HCP**[[1]](#footnote-1)**/GO**[[2]](#footnote-2)  (ใช่ หรือ ไม่) | **จำนวน ผู้เข้าร่วม กรณีกิจกรรมหรืออาหาร** (รวมคุณด้วย) | **ชื่อผู้เข้าร่วมและโรงพยาบาล/ หน่วยงาน** (ถ้ามี) |
| ***ตัวอย่าง:***  *6 พ.ค. 2019* | *รับประทาน อาหารเย็นกับ HCP* | *รับประทานอาหารเย็นกับ ดร. จอห์น สมิธ เพื่อหารือ เรื่องผลิตภัณฑ์ใหม่* | *เงินสด* | *76.42 INR* | *ร้านอาหาร นิวเดลี* | *อินเดีย* | *ใช่* | *2* | *จอห์น สมิธ -*  *โรงพยาบาล BLK* |
| ***ตัวอย่าง:***  *7 พ.ค. 2019* | การเดินทาง เพื่อธุรกิจ | *ตั๋วรถไฟไปที่ทำงาน* | *บัตรเครดิต* | *30 INR* | *รถไฟนิวเดลี* | *อินเดีย* | *ไม่* | *1* |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

กรุณาแนบต้นฉบับใบเสร็จแสดงรายการทั้งหมด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าค่าใช้จ่ายทั้งหมดข้างต้นมีวัตถุประสงค์ทางธุรกิจที่ชอบด้วยกฎหมายและไม่เคยขอเบิกจ่ายมาก่อน

ลายเซ็นต์พนักงาน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ชื่อหัวหน้างาน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ลายเซ็นหัวหน้างาน: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ วันที่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. บุคลากรทางการแพทย์ (HCP) [↑](#footnote-ref-1)
2. เจ้าหน้าที่รัฐ (GO) [↑](#footnote-ref-2)