



ใบสำคัญรับเงิน

วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ. _____

ข้าพเจ้า _____ อยู่บ้านเลขที่ _____

ถนน _____ ตำบล _____ อำเภอ _____

จังหวัด _____ รหัสไปรษณีย์ _____ โทรศัพท์ _____

ได้รับเงินจาก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับ ที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
			-
	(.....)		-

ลงชื่อ _____ ผู้จ่ายเงิน

()

ลงชื่อ _____ ผู้รับเงิน

()

วันที่ _____

วันที่ _____

ขอรับรองในการปฏิบัติงานจริง

(.....)

หัวหน้าโครงการฯ