**ใบสำคัญรับเงิน**

**(Receipt)**

วันที่

Date

ข้าพเจ้า

Name

ที่อยู่ 270 ถนนพระราม 6 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400 (ถ้าเป็นบุคคลภายนอกใช้ที่อยู่ตามบัตรประชาชน)

Address

ได้รับเงินจาก (ชื่อส่วนงาน) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

ตามรายการดังต่อไปนี้

Received From (Name of designated department) Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University

for the following item (s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **รายการ/Item(s)** | **จำนวนเงิน /Amount** | |
| **บาท /Baht** | **สต./St.** |
| ค่า............................... (ตามที่ระบุในโครงการ) | 1,000 | 00 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ขอรับรองการใช้ปฏิบัติงานจริง |  |  |
|  |  |  |
| (…………………………………………………………) |  |  |
| หัวหน้าโครงการ |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวมเป็นจำนวนเงิน  **(หนึ่งพันบาทถ้วน)**  **(Sum Amount (Text)** | **1,000** | **00** |

ลงชื่อ....................................................ผู้จ่ายเงิน ลงชื่อ ตรงกับสำเนาบัตรประชาชน ผู้รับเงิน

Signature Cashier Signature Receiver

( ) ( ชื่อผู้รับเงิน )

วันที่......................................................... วันที่.................................................................

Date Date

**หมายเหตุ แนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสำเนาถูกต้อง**

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