**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**(Certificate Instead of Receipt)**

**ส่วนงาน (Faculty/Division) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี****(Date)** | **รายละเอียดการจ่าย****(Description)** | **จำนวนเงิน(Amount)** | **หมายเหตุ****(Remark)** |
| 27 ก.พ. 66 | ค่าอาหารกลางวันสำหรับประชุมทีมวิจัย | 270.00 |  |
| 10 มี.ค. 66 | ค่าอาหารกลางวันสำหรับประชุมทีมวิจัย | 270.00 |  |
| 21 เม.ย. 66 | ค่าอาหารกลางวันสำหรับประชุมทีมวิจัย | 270.00 |  |
| 10 พ.ค. 66 | ค่าอาหารกลางวันสำหรับประชุมทีมวิจัย | 270.00 |  |
| 17 มิ.ย. 66 | ค่าอาหารกลางวันสำหรับประชุมทีมวิจัย | 270.00 |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Text)** **(หนึ่งพันสามร้อยห้าสิบบาทถ้วน)** | **1,350.00** |  |

 ข้าพเจ้า................................................................................ รหัสบุคคล ....................... หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ................................................................................................................................................................................................ สังกัด โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน /ใบเสร็จรับเงินฉบับสมบูรณ์จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะฯ จริง

 ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

 (..............................................) วันที่ ตามวันที่มีรายจ่ายล่าสุด

**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**(Certificate Instead of Receipt)**

**ส่วนงาน (Faculty/Division) โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี****(Date)** | **รายละเอียดการจ่าย****(Description)** | **จำนวนเงิน(Amount)** | **หมายเหตุ****(Remark)** |
| 28 มิ.ย. 66 | ค่าน้ำมันรถยนต์  |  |  |
|  | **ขาไป** จาก โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี | 260 | กิโลเมตรละ 4 บาท |
|  | ถึง อ.บางปะอิน จ.อยุธยา |  |  |
|  | ระยะทาง 65 กิโลเมตร |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **ขากลับ** จากอ.บางปะอิน จ.อยุธยา | 260 | กิโลเมตรละ 4 บาท |
|  | ถึง โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี  |  |  |
|  | ระยะทาง 65 กิโลเมตร |  |  |
|  |  |  |  |
| **รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Text)** **(ห้าร้อยยี่สิบบาทถ้วน)** | **520** |  |

 ข้าพเจ้า................................................................................ รหัสบุคคล ....................... หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง ................................................................................................................................................................................................ สังกัด โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน /ใบเสร็จรับเงินฉบับสมบูรณ์จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะฯ จริง

 ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

 (..............................................) วันที่ ตามวันที่มีรายจ่ายล่าสุด