**ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน**

**(Certificate Instead of Receipt)**

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **วัน เดือน ปี**  **(Date)** | **รายละเอียดการจ่าย**  **(Description)** | **จำนวนเงิน(Amount)** | **หมายเหตุ**  **(Remark)** |
|  | เงินสนับสนุนการตีพิมพ์ผลงานวิชาการ/วิจัย  เรื่อง ………………………………………………………….. | 00.00 |  |
| **รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร) Sum Amount (Text)**  (...............................................) | | **00.00** |  |

ข้าพเจ้า ................................................................. รหัสบุคคล ......................... ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล สังกัด สาขาวิชาการพยาบาล.............................. โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงิน /ใบเสร็จรับเงินฉบับสมบูรณ์จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะฯ จริง

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

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