

**ใบสำคัญรับเงิน**

**(Receipt)**

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

Date

ข้าพเจ้า .........................................................................................................................................................................................................

Name

ที่อยู่ ..............................................................................................................................................................................................

Address

ได้รับเงินจาก (ชื่อส่วนงาน) ……………………......................................…ชื่อโครงการ……………...........................................................

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ตามรายการดังต่อไปนี้

Received From (Name of designated department) Faculty of Madeline Ramathibodi

Mahidol University For the following item (s)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| รายการ / Item (s)  เตือน  \*\* หากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นผู้สำรองจ่ายเงินแล้ว  ลงนามและวันที่ทั้งผู้จ่ายเงินและผู้รับเงิน  \*\*หากยังไม่ได้สำรองจ่าย ลงนามเฉพาะผู้รับเงิน และไม่ต้องวันที่ ทั้ง 3 จุดนะคะ | จำนวนเงิน / Amount | |
| บาท / Bath | สต./St. |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| รวมเป็นเงิน (ตัวอักษร)  Sum Amount (Text) |  |  |

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

Signature Cashier Signature Receiver (…..……………………………………………….) (…..……………………………………………….)

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

Date Date

**ขอรับรองว่าใช้ในการปฏิบัติงานจริง**

**ลงชื่อ….......................................................  
 (...........................................................)  
 หัวหน้าโครงการวิจัย**

**หมายเหตุ** แนบสําเนาบัตรประชาชนหรือหนังสือเดินทางของผู้รับเงินพร้อมรับรองสําเนาถูกต้อง **Note** : A copy of ID card or passport verifying true copy is required