

ใบรับรองหรือแทนใบเสร็จรับเงิน

ภาควิชา/หน่วยงาน …………………….คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ว.ด.ป. | รายละเอียดการจ่าย | จำนวนเงิน | หมายเหตุ |
|  |  |  |  |
| รวมเป็นเงิน | |  |  |

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง

หน่วยงานที่สังกัด คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล-รามาธิบดี ขอรับรองว่ารายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบเสร็จรับเงินฉบับสมบูรณ์จากผู้รับเงินได้ และข้าพเจ้าได้จ่ายไปในงานของคณะฯ จริง

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน

( ) ………../………./……….