ใบสำคัญรับเงิน

ที่ ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มศว

วันที่..... เดือน ..... พ.ศ. .....

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่ .....

ถนน ..... แขวง..... เขต ..... จังหวัด .....

บัตรประชาชนเลขที่.....

ได้รับเงินจากศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มศว ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รวม		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์ให้โอนเข้าบัญชีธนาคารตามรายละเอียดดังนี้

บัญชีธนาคาร.....

เลขที่บัญชี.....

(ลงชื่อ) ..... (ผู้รับเงิน)

(ลงชื่อ) ..... (ผู้จ่ายเงิน)