ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนงานผู้จัดฝึกอบรม..

โครงการ/หลักสูตร...

วันที่........... เดือน .... พ.ศ. ....

ข้าพเจ้า.. อยู่บ้านเลขที่ ....

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

บัตรประชาชนเลขที่..

ได้รับเงินจากศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา ฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มศว ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รวม		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) ....

(ลงชื่อ) .... (ผู้รับเงิน)

(ลงชื่อ) .... (ผู้จ่ายเงิน)