



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน จัดเก็บรายได้และบัญชี ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ คณะแพทยศาสตร์

ที่ ศธ 6908 (22)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรื่อง ขอคืนเงิน.....

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ .

ตามที่ข้าพเจ้า.....ได้ชำระเงิน.....ไว้กับ
ศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ของผู้ป่วย ชื่อ.....หมายเลขประจำตัวผู้ป่วยนอก เลขที่ HN.....และ/หรือ
เลขประจำตัวผู้ป่วยใน เลขที่ AN.....เป็นเงินจำนวน.....บาท (.....)
ตามใบเสร็จรับเงินเลขที่.....เมื่อวันที่.....ตามรายละเอียดที่แนบ นั้น

ในการนี้ ข้าพเจ้า มีความประสงค์ขอเงินคืนค่า..... เนื่องจาก

จึงเรียนเสนอมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติเงินต่อไป จักขอบคุณยิ่ง

ลงชื่อ..... ผู้ขอเงินคืน
(.....)

เรียน เจ้าหน้าที่การเงิน/หัวหน้างานจัดเก็บรายได้และบัญชี

หน่วยงาน.....ได้รับเรื่องขอคืนเงินจากผู้ป่วยชื่อ.....

ได้ชำระเงินค่า.....ไว้จริง จากการตรวจสอบพบว่า.....

.....ผู้ป่วยสามารถขอคืนเงินได้ จำนวน.....บาทจริง

ลงชื่อ.....หัวหน้าหน่วยงาน/ผู้ที่ได้รับมอบหมาย
(.....)

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์การแพทย์ฯ

งานจัดเก็บรายได้และบัญชีได้ตรวจสอบเอกสาร
และหลักฐานแล้ว ถูกต้อง ครบถ้วน การขอคืนเงินอยู่ในระเบียบ
และระยะเวลาที่ให้คืนได้

จึงเรียนเสนอมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้
คืนเงินจำนวน.....บาท ต่อไป

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่การเงิน
(.....)

อนุมัติ

ลงชื่อ.....
(.....)

ตำแหน่ง.....