ที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.....

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน/หมู่..... แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากหน่วยงาน..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน
รวมเงิน (บาท)	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) (.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)