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

 (………………….………………)