

ใบสำคัญรับเงิน

สำหรับผู้รับทุนสนับสนุนการทำวิจัยและการนำเสนอผลงาน

ที่โรงพยาบาลชลบุรี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อยู่บ้านเลขที่.....

ถนน.....ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....

จังหวัด.....ได้รับเงินจากมูลนิธิโรงพยาบาลชลบุรี ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน (บาท)
☐ ทุนวิจัย	
☐ ทุนเผยแพร่ตีพิมพ์ผลงานวิจัย	
☐ ทุนนำเสนอผลงานวิจัยหรืองานวิชาการในต่างประเทศ	
โครงการวิจัย เรื่อง	
(ภาษาไทย).....	
.....	
.....	
.....	
(ภาษาอังกฤษ).....	
.....	
.....	
.....	
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (บาท)	

รวมเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร).....

ลงชื่อ.....ผู้รับเงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่ายเงิน

(.....)