

ใบรับรองแทนใบเสร็จรับเงิน
ส่วนราชการ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 7

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน	หมายเหตุ
	รวมทั้งสิ้น		

รวมทั้งสิ้น (ตัวอักษร)

.....

.....

ข้าพเจ้า.....

ตำแหน่งสังกัด

.....

ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ไม่อาจเรียกใบสำคัญรับเงินจากผู้รับได้
และข้าพเจ้าได้ไปราชการโดยแท้

(ลงชื่อ)

.....

(.....)

วันที่.....