

ใบมอบฉันทะ

ใบมอบฉันทะเลขที่...../.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครศรีธรรมราช เขต 4

ข้าพเจ้า.....ตำแหน่ง.....

โรงเรียน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ขอมอบฉันทะให้.....ตำแหน่ง.....โรงเรียน.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....อยู่บ้านเลขที่.....หมู่.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด..... เป็นผู้รับเงินดังต่อไปนี้แทนข้าพเจ้า

1. ค่ารักษาพยาบาล ประเภท คนไข้นอก ประเภทคนไข้ใน

จำนวน.....บาท (.....)

2. ค่าการศึกษาบุตร จำนวน.....บาท (.....)

ทั้งนี้ เนื่องจากข้าพเจ้า.....

ในการจ่ายเงินตามใบมอบฉันทะนี้ โปรดจ่ายเป็น “เงินสด” โดยข้าพเจ้าได้ลงลายชื่อไว้เป็นหลักฐานแล้ว

(ลงชื่อ).....ผู้มอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....ผู้รับมอบฉันทะ

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

(ลงชื่อ).....พยาน

(.....)

คำอนุมัติ (ของ ผอ.สพป.นครศรีธรรมราช เขต 4)

อนุมัติให้จ่ายเงินตามใบมอบฉันทะ เลขที่.....ถึง...../256.... นี้ได้

ลงชื่อ.....ผู้เบิก

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....