

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน

.....พ.ศ.

ข้าพเจ้า.....บ้าน

เลขที่.....

ตำบล.....อำเภอ.....

.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจาก วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัด

ยะลา.....

ดังรายการต่อไปนี้ :-

รายการ	จำนวนเงิน	
จำนวนเงิน (.....)		

ลงชื่อ.....ผู้รับ

เงิน

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้จ่าย

เงิน

(.....)