

ใบสำคัญรับเงิน
สำหรับวิทยากร

ชื่อส่วนราชการผู้จัดฝึกอบรม.....

โครงการ / หลักสูตร.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... ตำแหน่ง.....

หน่วยงาน..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....

ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....

จังหวัด..... รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์.....

ได้รับเงินจาก..... ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
	บาท	สต.
รวมทั้งสิ้น		

จำนวนเงิน (ตัวอักษร)

ลงชื่อ ผู้รับเงิน
(.....)

ลงชื่อ ผู้จ่ายเงิน
(.....)

หมายเหตุ ๑. กรณีวิทยากรเป็นบุคลากรภายในโรงพยาบาลโปรดระบุชื่อ ที่อยู่ ตำแหน่ง และหน่วยงานให้ครบถ้วน
๒. กรณีวิทยากรเป็นบุคคลภายนอกโรงพยาบาลโปรดแนบสำเนาบัตรประชาชน