

ใบรับรองกรณีใบเสร็จรับเงินรายการไม่ครบถ้วน

วัน เดือน ปี	รายละเอียดรายจ่าย	จำนวนเงิน		หมายเหตุ
รวมเป็นเงินทั้งสิ้น				

รวมเป็นเงินทั้งสิ้น (ตัวอักษร) (.....)

ข้าพเจ้า ตำแหน่ง
 หน่วยงานที่สังกัด ขอรับรองว่า รายจ่ายข้างต้นนี้ ข้าพเจ้าได้
 จ่ายเงินจำนวนดังกล่าวไปจริง เพื่อประโยชน์แก่ตนเองหรือบุคคลในครอบครัวของข้าพเจ้า ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์
 และเงื่อนไขการขอรับการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพแบบยืดหยุ่นตามที่มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ประกาศกำหนดทุก
 ประการ

ลงชื่อ

(.....)

วันที่