ใบสำคัญรับเงิน

 ที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์

 วันที่……….เดือน ………............พ.ศ. ................

ข้าพเจ้า ………………………………………… เลขที่บัตรประชาชน ……………………………………………………….

อยู่บ้านเลขที่……………………. หมู่ที่............... อำเภอ ………………………… จังหวัด ………………………………..

ได้รับเงินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กระทรวงสาธารณสุข

ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
|  -ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544(ฉบับที่ 11) พ.ศ.2559ประจำเดือน................... พ.ศ.................เป็นเงิน | ....................... |
| ...................**รวมเงิน** |

 จำนวนเงิน (..........................................)

 ตัวอักษร

 (ลงชื่อ)………………………………..…………………..ผู้รับเงิน

 (.......................................)

 (ลงชื่อ)……..………………………………………….....ผู้จ่ายเงิน

 (.................................................)

หมายเหตุ ให้ส่ง ตั้งแต่ ต.ค.61- ก.ย.62

ไม่ต้องวันที่

กรุณาส่งด่วนภายใน วันที่ 16 มกราคม 2562

เนื่องจากต้อง ต้องวางฎีกาเข้า สสจ. ภายในวันที่ 18 มกราคม 2561

ขอบคุณค่ะ