ใบสำคัญรับเงิน

ที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์

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

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

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

ได้รับเงินจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร กระทรวงสาธารณสุข

ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| -ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด  กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544(ฉบับที่ 11) พ.ศ.2559  ประจำเดือน................... 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