ใบสำคัญรับเงิน

ที่โรงพยาบาลเจริญศิลป์

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

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

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

ได้รับเงินจาก..............................................................................................กระทรวงสาธารณสุข......................

ดังรายการต่อไปนี้

|  |  |
| --- | --- |
| รายการ | จำนวนเงิน |
| -ได้รับเงินค่าตอบแทนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานให้กับหน่วยบริการในสังกัด  กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2544 (ฉบับที่ 11) พ.ศ.2559  ประจำเดือน............. พ.ศ....2562........  เป็นเงิน | ......................... |
| ..................  **รวมเงิน** |

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

ตัวอักษร

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

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

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

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

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

ไม่ต้องวันที่