



# ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

รายการ	จำนวนเงิน
ค่าจ้างรายวัน ตั้งแต่ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .... ถึงวันที่ วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. ....	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้จ่ายเงิน  
(นางสาวจirinันท์ พรีเมพราย)  
ตำแหน่ง นักวิชาการเงินและบัญชี

หมายเหตุ : โปรตแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงิน 1 ฉบับ เพื่อประกอบการเบิกจ่าย



# ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....

ข้าพเจ้า.....บ้านเลขที่.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....

ได้รับเงินจากงานการเงินและบัญชี โรงพยาบาลเสาไห้เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

รายการ	จำนวนเงิน
ทตรงจ่ายเงินไปก่อนแล้ว เมื่อวันที่ .....	
บริษัท / ห้าง / ร้าน / บุคคล .....	
เลขที่ใบเสร็จ / เลขที่บิล / เลขที่เอกสาร .....	
ข้อมูลอื่น ๆ .....	
รวมเงิน	

จำนวนเงิน (ตัวอักษร) .....

ลงชื่อ .....ผู้รับเงิน  
(.....)

ลงชื่อ .....ผู้จ่ายเงิน  
(.....)

ตำแหน่ง .....

หมายเหตุ : โปรดแนบสำเนาบัตรประชาชนผู้รับเงิน 1 ฉบับ เพื่อประกอบการเบิกจ่าย

