**ใบสำคัญรับเงิน**

ที่ โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

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

ข้าพเจ้า......................................................................อยู่บ้านเลขที่................................. ถนน......................ตำบล....................................อำเภอ................................จังหวัด...................................ได้รับเงินจาก โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ กระทรวงสาธารณสุข มีดังรายการต่อไปนี้

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ลำดับ | รายการ | จำนวนเงิน | |
|  |  | บาท | ส.ต. |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| รวม | |  |  |

(จำนวนเงินเป็นตัวอักษร).............................................................................................................................

ลงชื่อ..................................................................ผู้รับเงิน

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

ลงชื่อ................................................................ผู้จ่ายเงิน

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