**ใบสำคัญรับเงิน**

**สำหรับวิทยากร**

โรงพยาบาลชุมพรเขตรอุดมศักดิ์ จังหวัดชุมพร

โครงการ/หลักสูตร.......................................................................................................................................

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

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