

ที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก
(ส่วนราชการออกให้)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.....

ข้าพเจ้า..... อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่.....
ถนน..... ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด

ได้รับเงินจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก อำเภอเมือง จังหวัดตาก ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
รวมเงิน (บาท)		

จำนวนเงิน ()

(ลงชื่อ).....ผู้รับเงิน
()

(ลงชื่อ).....ผู้จ่ายเงิน
()