

ที่ โรงพยาบาลท่าวุ้ง
(ส่วนราชการเป็นผู้ให้)

ใบสำคัญรับเงิน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า อยู่บ้านเลขที่

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขตจังหวัด

ได้รับเงินจาก..... กระทรวง

ดังรายการต่อไปนี้

รายการ	จำนวนเงิน	
บาท		

จำนวนเงิน

(ลงชื่อ)ผู้รับเงิน

(ลงชื่อ)ผู้จ่ายเงิน